

UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y TRABAJO SOCIAL



Trabajo de Suficiencia Profesional

Calidad de vida en pacientes atendidos en el área de Psicología del Hospital

General Arzobispo Loayza de Lima Metropolitana

Para optar el Título Profesional de Licenciada en Psicología

Presentado por:

Autor: Bachiller Sheyla Vanessa Velarde Saro

Lima - Perú

2018

### **Dedicatoria**

Dirijo el presente trabajo a mi mamá por su apoyo y ayuda incondicional, a mis profesores que me enseñan con mucha dedicación y trabajo, gracias a ellos puedo superarme cada día más y lograr ser una mejor persona en ésta sociedad.

### **Agradecimiento**

Agradecer a Dios por permitir tener la oportunidad de alcanzar este logro académico, además agradecer a los pacientes que participaron en la investigación, asimismo a nuestros docentes y asesores quienes hacen posible este logro académico.

## **PRESENTACIÓN**

Señores miembros del Jurado:

Dando cumplimiento a la DIRECTIVA\_ N° 003 – FPC Y TS -2017 de la Facultad de Psicológica y Trabajo Social de la UIVG, para optar el título profesional de Psicólogo, bajo la modalidad TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA. Se le hace entrega del trabajo de investigación: **CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL ÁREA DE PSICOLOGÍA DEL HOSPITAL GENERAL ARZOBISPO LOAYZA DE LIMA METROPOLITANA.**

Por lo nombrado anteriormente, señores miembros del jurado, deseo que mi investigación sea evaluada y así poder obtener el título profesional de Psicología.

Atentamente,

Sheyla Vanessa Velarde Saro

## ÍNDICE

|                   |            |
|-------------------|------------|
| Dedicatoria       | ii         |
| Agradecimiento    | iii        |
| Presentación      | iv         |
| Índice            | v          |
| Índice de tablas  | viii       |
| Índice de figuras | ix         |
| Resumen           | x          |
| Abstract          | xii        |
| Introducción      | xii y xiii |

### **CAPÍTULO I: Planteamiento del problema**

|  |    |
|--|----|
| 1.1. Descripción de la realidad problemática | 14 |
| 1.2. Formulación del problema                | 19 |
| 1.3. Objetivos                               | 23 |
| 1.4. Justificación                           | 24 |

### **CAPÍTULO II: Marco teórico conceptual**

|  |    |
|--|----|
| 2.1. Antecedentes                                  | 25 |
| 2.1.1. Internacionales                             | 25 |
| 2.1.2. Nacionales                                  | 29 |
| 2.2. Bases Teóricas                                | 34 |
| 2.2.1. Calidad de vida: Condiciones de vida        | 34 |
| 2.2.2. Calidad de vida: Satisfacción con la vida   | 35 |
| 2.2.3. Calidad de vida: Calidad y satisfacción     | 37 |
| 2.2.4. Calidad de vida y valores                   | 37 |
| 2.2.5. Calidad de vida: Evaluación                 | 39 |
| 2.2.6. Teorías de la calidad de vida               | 40 |
| 2.2.7. Factores que influyen en la calidad de vida | 45 |
| 2.2.8. Utilidad de la medición de calidad de vida  | 48 |
| 2.3. Definición Conceptuales                       | 51 |

### **CAPÍTULO III: Metodología**

|  |    |
|--|----|
| 3.1. Tipo y diseño de investigación                        | 56 |
| 3.1.1. Tipo y enfoque                                      | 56 |
| 3.1.2. Diseño de investigación                             | 56 |
| 3.2. Población y muestra                                   | 57 |
| 3.3. Identificación de la variable y su operacionalización | 58 |
| 3.3.1 Operacionalización de la variable                    | 59 |
| 3.4. Técnica e instrumentos de la recolección de datos     | 60 |
| 3.4.1. Ficha Técnica                                       | 60 |
| 3.4.2. Instrumento   | 61 |

### **CAPÍTULO IV: Procesamiento, presentación y análisis de los resultados**

|  |    |
|--|----|
| 4.1 Procesamiento de los resultados        | 66 |
| 4.2 Presentación de los resultados         | 67 |
| 4.3 Análisis y discusión de los resultados | 79 |
| 4.4 Conclusiones                           | 81 |
| 4.5 Recomendaciones                        | 83 |

### **CAPÍTULO V: Intervención**

|  |    |
|--|----|
| 5.1 Denominación del programa                    | 84 |
| 5.2 Justificación del programa                   | 84 |
| 5.3 Establecimiento de objetivos                 | 84 |
| 5.4 Sector al que se dirige                      | 84 |
| 5.5 Establecimiento de conductas problemas/metás | 85 |
| 5.6 Metodológica de la intervención              | 86 |
| 5.7 Instrumentos a utilizar                      | 86 |
| 5.8 Cronograma                                   | 87 |

|   |    |
|---|----|
| <b>Referencias Bibliográficas</b>             | 89 |
| <b>Anexos</b> Anexo 1. Matriz de consistencia | 98 |

## ÍNDICE DE TABLAS

|          |  |    |
|----------|--|----|
| Tabla 1  | Operacionalización del instrumento         | 59 |
| Tabla 2  | Estadísticos de la puntuación total        | 67 |
| Tabla 3  | Medidas estadísticas de los factores       | 68 |
| Tabla 4  | Niveles de calidad de vida                 | 71 |
| Tabla 5  | Niveles de hogar y bienestar económico     | 72 |
| Tabla 6  | Niveles de amigos, vecindario y comunidad  | 73 |
| Tabla 7  | Niveles de vida familiar y familia extensa | 74 |
| Tabla 8  | Niveles de educación y ocio                | 75 |
| Tabla 9  | Niveles de medios de comunicación          | 76 |
| Tabla 10 | Niveles de la dimensión religión           | 77 |
| Tabla 11 | Niveles de la dimensión salud              | 78 |



## ÍNDICE DE FIGURAS

|          |  |    |
|----------|--|----|
| Figura 1 | Gráfica de la calidad de vida              | 71 |
| Figura 2 | Gráfica de hogar y bienestar económico     | 72 |
| Figura 3 | Gráfica de amigos, vecindario y comunidad  | 73 |
| Figura 4 | Niveles de vida familiar y familia extensa | 74 |
| Figura 5 | Niveles de educación y ocio                | 75 |
| Figura 6 | Niveles de medios de comunicación          | 76 |
| Figura 7 | Niveles de la dimensión religión           | 77 |
| Figura 8 | Niveles de la dimensión salud              | 78 |

## RESUMEN

La investigación estudia los niveles de calidad de vida de los pacientes que asisten al Hospital Arzobispo Loayza en el área de Psicología, la muestra fue de 50 pacientes. El instrumento utilizado fue la Escala de Calidad de Vida de Olson y Barnes adaptado por Miriam Grimaldo, esta prueba mide siete aspectos, Hogar y bienestar económico, Amigos, vecindario y comunidad, Vida familiar y familia extensa, Educación y ocio, Medios de comunicación, Religión y Salud. En los resultados obtenidos se observó que existe un 79.59% de los pacientes evaluados posee una Mala calidad de vida, un 6,12% tendencia a calidad de vida buena.

En las dimensiones de Hogar y Bienestar Económico 53,06% mala calidad de Vida. Y en Salud un 48,98% baja Calidad de Vida.

**Palabras Claves:** Calidad de Vida, pacientes, salud, religión, medios económicos.

## **ABSTRACT**

The research studies the quality of life levels of patients attending the Arzobispo Loayza Hospital in the area of Psychology, the sample was of 50 patients. The instrument used was the Scale of Quality of Life of Olson and Barnes adapted by Miriam Grimaldo, this test measures seven aspects, Home and economic well-being, Friends, neighborhood and community, Family life and extended family, Education and leisure, Media, Religion and Health In the results obtained, it was observed that 79.59% of the patients evaluated had a poor quality of life, a 6.12% tendency to a good quality of life.

In the dimensions of Home and Economic Wellbeing 53.06% poor quality of Life. And in Health a 48.98% low Quality of Life.

**Key words:** Quality of Life, patients, health, religion, economic means.

## INTRODUCCIÓN

La calidad de vida en pacientes del hospital Arzobispo Loayza del área de Psicología, es un tema de gran importancia, debido a la connotación que requiere, ya que al no cuidar de la salud se pone en riesgo la calidad de vida de la persona.

La calidad de vida y lo que implica, va más allá de un cuidado y aseo personal, es más que eso. Ya que el ser humano requiere de muchos factores para poder desarrollar una buena calidad de vida, como una buena alimentación, las condiciones adecuadas de vivienda y el contar con un buen trabajo que remunere adecuadamente para poder solventar los gastos necesarios, tener una salud adecuada, sentirse y rodearse de un entorno saludable, vivir una vida plena y feliz contar con una buena preparación de estudios, relacionarse socialmente, etc.

Actualmente en el Perú, las personas tienen una gran deficiencia con respecto al concepto que encierra la calidad de vida, el no contar con los recursos suficientes para poder solventar sus gastos, la carencia y la poca importancia de las instituciones con respecto a temas de prevención e información de cómo llevar una buena calidad de vida.

Por tales motivos se considera la importancia de lograr brindar información y proyectos que prevengan y proporcionen una mejor calidad de vida en las personas.

Dicho esto, el objetivo general del presente trabajo es determinar el nivel de calidad de vida en pacientes atendidos en el área de Psicología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

En el capítulo I, podemos encontrar la realidad problemática de como la calidad de vida causa una afección a nivel mundial, y nacional en algunas personas, y en la institución donde se evaluó a los sujetos.

En el capítulo II, se encontrará el marco teórico en el cuál se presentarán antecedentes nacionales e internacionales, con los trabajos previos utilizados en el tema de nuestra investigación.

En el capítulo III, se pasa a explicar la metodología de la investigación, la variable y la operacionalización, el tipo de diseño de la población, la muestra y la técnica de instrumento de la medición.

En el capítulo IV, se pasa a explicar la técnica de procesamiento de resultados, así como la muestra de tablas de los resultados que se obtuvieron, con las conclusiones y las recomendaciones.

Para finalizar se realiza el capítulo V, donde se menciona un programa de intervención en relación a las recomendaciones emitidas en el presente trabajo de investigación a fin de contribuir y mejorar aspectos encontrados en la presente investigación.

## **CAPÍTULO I**

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

#### **1.1 Descripción de la realidad problemática**

La afanosa y actual situación de calidad de vida, implica que las personas llevan una vida desordenada por el ritmo rápido que se tornan sus vidas, re forzando a su organismo de realizar todo tipo de labores, dejando por los suelos sus niveles de calidad de vida.

Al hablar de calidad de vida, se conoce que éste concepto se difundió desde la década de los años 60 del pasado siglo, llegando a utilizarse en variados contextos como en la salud, educación, ecología, política, economía y servicios, cumpliendo con diferentes propósitos como el valorar las necesidades de las personas y el grado de satisfacción que resulte de los programas, servicios, guías y dirección, implantan políticas tanto nacionales como internacionales que van en dirección a las poblaciones, entre otras determinadas (MINSA 2013).

Según el diario La Nación Viernes 25 de Julio (2014) en su artículo titulado “La Argentina, bien en calidad de vida, pero no en equidad”, Argentina conservó su puesto en el ranking de desarrollo humano, según el índice elaborado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), presentado ayer en esta ciudad. Teniendo al país ocupando el lugar 49 entre 187 territorios evaluados en tres dimensiones básicas: expectativa de vida, acceso a la educación y nivel de vida digno. En América latina es sobresalido por Chile y Cuba, que ocupan los puestos 41 y 44, y está por encima de Uruguay (50), Venezuela (67) y Brasil (79). Según el PNUD, el valor del índice de desarrollo humano (IDH) para la Argentina en 2014 fue 0,811, lo que la ubicó adentro del

grupo de países de "muy alto" desarrollo, constituido por 49 territorios. Sin embargo, cuando ese valor se ajusta por desigualdad en acceso al desarrollo, la relación cae significativamente, puesto que también afecta a los demás países latinoamericanos.

Según el diario Cooperativa del 4 de abril del (2016) el periodista Sebastián Medina presenta "Chile es uno de los países OCDE con peor calidad de vida". Domina el lugar 33 entre 35 naciones examinadas según el "Índice para una vida mejor". Éste listado es liderado por Austria, Suecia y Noruega. Chile se encuentra en el antepenúltimo lugar del "Índice para una vida mejor" de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE): el puesto 33 de los 35 países analizados. Según consignó La Segunda, el estudio midió 11 parámetros (ingresos, vivienda, empleo, comunidad, educación, medioambiente, compromiso cívico salud, satisfacción, seguridad y balance vida-trabajo) con puntuaciones que llegan hasta 10, y Chile obtuvo 4,2 puntos dentro de un promedio general de 6,6. Éste listado se encuentra encabezado por Austria, Suecia y Noruega, países que superaron los ocho puntos. "Chile, desde la década de 1990, ha tenido un historial de crecimiento sólido y reducción de la pobreza. No obstante, alcanzó buenos resultados sólo en algunas medidas. Ubicándose cerca del promedio en satisfacción" y por debajo del resto de las secciones, señaló la OCDE. En relación con el empleo, se enfatiza que más del 62 por ciento de las personas entre 15 y 64 años tienen un empleo remunerado, y que el 15 por ciento de los empleados tiene un horario de trabajo muy extenso. Otro aspecto destacado en el informe es la contaminación, ya que el nivel de partículas atmosféricas PM10 es de 46,2 microgramos por metro cúbico en las

grandes zonas urbanas, "considerablemente más alto que el promedio de la OCDE de 20,1 microgramos por metro cúbico".

Diario RPP Noticias 16 de octubre del 2012, en su artículo titulado "Lima es la ciudad que mejor calidad de vida ofrece a los peruanos". Lima lidera el ranking de las 10 ciudades que mejor calidad de vida ofreciendo para vivir a los peruanos. Le subsiguen, el departamento de Arequipa, Trujillo esto es según un estudio que se realizó por la publicación Perú Económico, que ha tomó en cálculo a las 24 principales ciudades del país. "Siendo ocho las ciudades de la costa las que conforman en el ranking, dos de la sierra, pero ninguna de la selva, lo que habla de la necesidad que aún existe en el Perú", detalló a RPP Noticias, la jefa de redacción de Perú Económico, Sandra Belaunde.

Diario Comercio, 14 de enero del 2016 en su artículo titulado "el 46.7 % de los limeños cree que su calidad de vida ha empeorado". Teniendo el 46,7% de la capital se consideró que la calidad de vida en Lima estaba peor que en el año 2015 con relación al año 2014. De acuerdo a la encuesta que se realizó titulada: "Por Lima como vamos "hecha a 1,920 personas entre los meses de julio y agosto del año que pasó.

Según la OMS (2017), la calidad de vida es el conocimiento que una persona tiene de su lugar de existencia, en el argumento de la cultura y del sistema de valores en el que vive, concerniente con sus objetivos, perspectivas, normas, e inquietudes, presenta un concepto que está comprendido por la salud física de la persona, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, y la relación con su medio así mismo realizó un estudio en 25 centros asistenciales en todo el mundo, con la finalidad de medir la calidad subjetiva de



vida, definiendo la calidad de vida en función de la manera en que el individuo lo percibe, el lugar que ocupa en el entorno cultural y en el sistema de valores en el que vive, asimismo como en relación con sus objetivos, expectativas, criterios y preocupaciones. usando como referencia, por supuesto, su salud física, su estado psicológico, su grado de independencia, sus relaciones sociales, los factores ambientales y sus creencias personales. Equivalentemente la Organización Mundial de la Salud (OMS), brinda un concepto de salud muy parecido al de calidad de vida: Estado de completo bienestar físico, psíquico y social y no solamente la ausencia de enfermedad. Hallándose un número importante de estudios que han demostrado una relación relativamente grande entre los auto informes de salud y el bienestar subjetivo. Otros tantos estudios consideraron que la salud es para las personas el factor más importante de felicidad en ellos, la satisfacción respecto a la salud es uno de los pronósticos más fuertes de la satisfacción vital: se piensa que la apreciación subjetiva de la salud tiene una relación muy fuerte con el bienestar subjetivo que la valoración objetiva.

La calidad de vida es una situación social y personal que consiente satisfacer los requerimientos humanos, ya sea en el plano de las necesidades básicas y sociales, como el de las necesidades espirituales. Siendo así, como los deberes y derechos del hombre no implica una adecuada respuesta a los requerimientos de calidad que señalan las perspectivas del individuo en nuestras sociedades hoy en día.

Según la OPS (2017), el diagnóstico oportuno requiere mejorar la calidad de vida de una persona que cursa una enfermedad no transmisible. Las estadísticas

del Ministerio de Salud Pública revelan que solo 10 de cada 100 personas con enfermedad crónica tienen una buena calidad de vida.

Diario El Comercio 21 de febrero del (2017), en su artículo titulado “55% de peruanos con trastornos están desatendidos” informan que 917.091 personas han sido atendidas por trastornos de salud mental –durante el 2016– en algún establecimiento del Ministerio de Salud (Minsa). Unos 58 mil pacientes más de los que recibieron ayuda médica en el 2015, y 200 mil más de los que fueron atendidos en el 2014.

Según MINSA (2017), el sistema de gestión de la calidad en salud está determinado como el conjunto de elementos interrelacionados que favorecen a conducir, regular, brindar asistencia técnica y evaluar a las entidades de salud del sector y a sus dependencias públicas de los tres niveles (regional, nacional, local), en lo relativo a la calidad de la atención y de gestión.

La gestión de la calidad es un componente de la gestión institucional y por eso es un deber de todo funcionario en el sector, lograr determinar y aplicar la política de calidad pronunciada formalmente por la alta dirección de MINSA. En resultado las orientaciones normativas del sistema de gestión de la calidad en salud tienen que desarrollarse creativamente y con las especificidades que corresponden en todas las instituciones y entidades del sector, en los diferentes niveles de su jerarquía organizativa. Tal sistema contiene los componentes de planificación, organización, garantía y mejora de la calidad e información para la calidad dentro de la dirección estratégica de la institución, en la apariencia de diseñar, gestionar y mejorar los procesos institucionales hacia una cultura de calidad. El Ministerio de Salud (MINSA), en conjunto con la Caja de Seguro

Social (CSS), realiza un taller donde más de 60 profesionales de la salud del Programa Nacional de Cuidados Paliativos a nivel nacional, tienen la oportunidad de intercambiar y plantear conceptos para mejorar la calidad de vida y atención de los pacientes, médicos y familiares dentro del sistema de salud.

Al respecto, la Viceministra Encargada del MINSA, Dra. Itza Barahona de Mosca, demostró que el programa está enmarcado en la atención a una parte de la población sensible, y que permita mejorar la calidad de vida a través del tratamiento físico, mental y espiritual como parte del sistema de salud.

Considerando la realidad de éste problema en el Hospital Arzobispo Loayza es que decidimos evaluar la calidad de vida de los pacientes que se encuentran en dicho nosocomio, y para eso presentamos ésta investigación.

## **1.2 Formulación del problema**

### **1.2.1 Problema general**

¿Cuál es el nivel de la calidad de vida en pacientes atendidos en el área de Psicología del “Hospital Nacional Arzobispo Loayza”?

### **1.2.2 Problemas específicos**

¿Cuál es el nivel de satisfacción con el hogar y bienestar económico en pacientes atendidos en el área de psicología del “Hospital Nacional Arzobispo Loayza”?

¿Cuál es el nivel de satisfacción con los amigos, vecindario y comunidad en pacientes atendidos en el área de psicología del “Hospital Nacional Arzobispo Loayza”?

¿Cuál es el nivel de satisfacción con la vida familiar y familia extensa en pacientes atendidos en el área de psicología del “Hospital Nacional Arzobispo Loayza”?

¿Cuál es el nivel de satisfacción con la educación y ocio en pacientes atendidos en el área de psicología del “Hospital Nacional Arzobispo Loayza”?

¿Cuál es el nivel de satisfacción con los medios de comunicación en pacientes atendidos en el área de psicología del “Hospital Nacional Arzobispo Loayza”?

¿Cuál es el nivel de satisfacción con la religión en pacientes atendidos en el área de psicología del “Hospital Nacional Arzobispo Loayza”?

¿Cuál es el nivel de satisfacción con la salud en pacientes atendidos en el área de psicología del “Hospital Nacional Arzobispo Loayza”?

### **1.3      Objetivos**

#### **1.3.1      Objetivo general**

Determinar el nivel de calidad de vida en pacientes atendidos en el área de Psicología del “Hospital Nacional Arzobispo Loayza”

#### **1.3.2      Objetivos específicos**

Determinar el nivel de satisfacción con el hogar y bienestar económico en pacientes atendidos en el área de psicología del “Hospital Nacional Arzobispo Loayza”.

Determinar el nivel de la satisfacción con los amigos, vecindario y comunidad en pacientes atendidos en el área de psicología del “Hospital Nacional Arzobispo Loayza”.

Determinar el nivel de satisfacción con la vida familiar y familia extensa en pacientes atendidos en el área de psicología del “Hospital Nacional Arzobispo Loayza”

Determinar el nivel de satisfacción con la educación y ocio en pacientes atendidos en el área de psicología del “Hospital Nacional Arzobispo Loayza”.

Determinar el nivel de satisfacción con los medios de comunicación en pacientes atendidos en el área de psicología del “Hospital Nacional Arzobispo Loayza”.

Determinar el nivel de satisfacción con la religión en pacientes atendidos en el área de psicología del “Hospital Nacional Arzobispo Loayza”.

Determinar el nivel de satisfacción con la salud en pacientes atendidos en el área de psicología del “Hospital Nacional Arzobispo Loayza”

#### **1.4 Justificación e importancia**

A mediados de los años 50, se introdujo el concepto de calidad de vida en el área de la medicina, después se asumió en la psicología y desde ese momento hasta el día de hoy, el concepto ha vivido varias modificaciones.

Primero se refería al cuidado de la salud personal, para luego pasar a ser la preocupación por la salud e higiene pública. La calidad de vida constituye un tema de gran importancia, dada su influencia en diversas esferas de la vida, de allí que existan muchas disciplinas y materias que se relacionen con su estudio. Vinaccia & Orozco, (2005), indican que la calidad de vida (CV) abarca el bienestar físico, social, psicológico y espiritual. El bienestar físico se establece por la actividad funcional, la fuerza o la fatiga, el sueño y el reposo, el dolor y otros síntomas. El bienestar social, tiene que ver con las funciones y las relaciones, el afecto y la intimidad, la apariencia, el entretenimiento, el aislamiento, el trabajo, la situación económica y el sufrimiento familiar. El bienestar psicológico se relaciona con el temor, la ansiedad, la depresión, la

cognición y la angustia que genera la enfermedad y el tratamiento. Por último, el bienestar espiritual abarca el significado de la enfermedad, la esperanza, la trascendencia, la incertidumbre, la religiosidad y la fortaleza interior.

El presente trabajo tiene como propósito contribuir al conocimiento ya existente en relación a calidad de vida de los pacientes, ya que, por los resultados obtenidos a nivel nacional y Lima, se evidencia que los pacientes no tienen una adecuada calidad de vida para sobrellevar cualquier malestar físico o psicológico sobre todo en hospitales públicos.

Por esto mismo con ésta investigación se requiere identificar oportunamente que producen una pobre calidad de vida en los pacientes de psicología en el hospital Arzobispo Loayza. La calidad de vida encierra mucho más que la discapacidad física; algunas personas son inhábiles de expresar sus valores o definir la calidad de vida sin contar un poco de ayuda en el proceso de clarificación de valores, no existiendo una medida esplendorosa para medirla, cada situación supone inquietudes e ideales. Esto significa la importancia de profundizar en el extenso campo que cubre este concepto con la finalidad de brindar al paciente crónico algo cada vez mejor.

Para finalizar buscaremos que la presente investigación sirva de base para continuar ayudando a profundizar y enriquecer los ya existentes, indispensablemente por ser un tema de trascendental importancia porque si un paciente no tiene una adecuada calidad de vida le será más difícil salir de un estado de salud deficiente.

En tanto, éste trabajo será un aporte para conocer y ver la calidad de vida de los pacientes atendidos en el área de psicología del hospital Arzobispo Loayza, con la finalidad de brindarles una mejor expectativa.

De esta manera los resultados podrían ser utilizados y tomados en cuenta como una referencia para los futuros estudios, ayudando a mejorar y desarrollar nuevos métodos de intervención para el mejoramiento de la calidad de vida en los pacientes con enfermedades crónicas.



## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL**

#### **2.1. Antecedentes de la investigación**

##### **2.1.1 Internacionales**

Según Cantón & Sánchez (1997), en su estudio titulado: “Deporte y calidad de vida, motivos y actitudes en una muestra de jóvenes valencianos”, el deporte y la calidad de vida, diseñaron el objetivo de reconocer la viabilidad de desarrollar valores, personales y sociales a través de ésta práctica. La muestra estuvo conformada por 212 participantes los cuáles pertenecían a 3 centros escolares de la ciudad de Valencia, poseían diferentes niveles socioeconómicos que se hallaban entre los 12 y 14 años. Empleándose un cuestionario de tipo Likert, la cual recogía información de las siguientes variables: Sociodemográficas, hábitos de salud, motivos de inicio, continuidad del deporte y actitudes hacia la salud. Tomándose un análisis correlacional (correlación de Pearson) y análisis de varianza (ANOVA). Concluyendo con la proposición necesaria de “mediación psicológica” de los programas de actividad física para cambiar a éstos en verídicos factores del cambio de formas y hábitos en la salud.

Iraurgi et al. (1999), en su trabajo de investigación sobre la “calidad de vida relacionada con la salud en usuarios de un programa de metadona”, donde participaron 40 pacientes con criterios DSM-III-R de dependencia a opiáceos iniciando un programa de mantenimiento con metadona. Los instrumentos utilizados fueron: El inventario de calidad

de vida relacionado con la salud (MOS-SF-35), Bienestar psicológico (GHQ) y exámenes clínicos. Para el análisis de los datos se trataron a distribución de frecuencia y estimación de medidas de tendencia central (mediana, media, desviación estándar e intervalo de confianza de la medida al 95%, correlación  $r$  Pearson, Coeficiente  $R_o$  de Spearman y  $T$  de Student. Resultando que el nivel de Calidad de vida observado era aceptable. Estimándose altas puntuaciones en aspectos emocionales y una mala percepción en salud. Teniendo que la calidad de vida estaría íntimamente relacionada con la sintomatología que presente el colaborador y en menor suceso con la seropositividad a VIH o los años de consumo.

Malheiro & Arruda, (2012) llevaron a cabo en Brasil el estudio de: “Percepciones de las personas con insuficiencia renal crónica sobre la calidad de vida”. Cuyo objetivo fue conocer las percepciones de las personas con insuficiencia renal crónica (IRC) en su calidad de vida (CV) en una unidad de hemodiálisis del interior de Bahía. El método usado fue descriptivo, experimental cualitativo, y la población fue de 19 personas entrevistadas. Consumando que “la hemodiálisis y la enfermedad afecta la vida cotidiana de las personas, produciendo limitaciones físicas, sociales, que implican su trabajo, las prácticas alimenticias y la cultura. Dado a esto es la atención brindada a los clientes dependientes de un tratamiento de diálisis debe ir más allá de la orientación biomédico tradicional centrado en la enfermedad y que nuevas investigaciones puedan asistir nuevas contribuciones para prestar una asistencia más humanizada y completa”

Amador & Ramos, (2010), realizan su estudio titulado: “Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento con diálisis”, en España. Cuyo objetivo fue evaluar la Calidad de Vida y las tipologías personales de pacientes con IRC y comparar con la población general. El método usado fue descriptivo de corte transversal, la población fue de 96 pacientes en diálisis del centro de 9 Tarragona. La técnica fue la encuesta y el instrumento un cuestionario de salud SF-36. Concluyendo que “La calidad de vida en pacientes con IRCT, fue peor que en la población de referencia en todas las dimensiones”.

Cunha & Teles Zatta, (2011) realizaron un estudio que se tituló: “Evaluación de la calidad de vida de pacientes de insuficiencia renal crónica en diálisis renal”, en España. Su objetivo fue evaluar la calidad de vida de las personas con Insuficiencia Renal Crónica (IRC) en hemodiálisis, a través de KDQOL TM-SF. Y el método fue un estudio descriptivo, tipo cuantitativo, la muestra fue de 32 pacientes con insuficiencia renal crónica, utilizando como instrumento para recolectar datos el KDQOL- SFTM, concluyendo que: “los aspectos primordiales que afectan a estas personas hacen reflexionar sobre el cuidado más planificado e integral que será prestado por el equipo de salud, médico, lo que permitiría vivir con más calidad”.

Esquivel & Prieto (2009), en México llevaron a cabo un estudio titulado: “Calidad de vida y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en hemodiálisis”. Y tuvo como objetivo el establecer la calidad de vida y el grado de depresión en los pacientes con insuficiencia

renal crónica terminal. El método usado fue descriptivo observacional, y se aplicaron dos cuestionarios el inventario KDQOL-SF versión corta para calidad de vida del paciente nefrológico y el inventario de Beck para depresión en versión corta. De ésta manera concluyendo: “la calidad de vida del paciente con insuficiencia renal crónica terminal es menor a 50% en sus rubros físico y mental. En esta serie la depresión coexistió en 53.7% (29) de los pacientes”.

Françoise & Esguerra (2007), en Colombia, en su estudio titulado: “Estilos de Afrontamiento y Calidad de Vida en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento de hemodiálisis”, tienen como objetivo determinar la relación que existe entre estilos de afrontamiento y calidad de Vida. Esta ciudad estuvo conformada por 41 pacientes en la unidad renal de la Fundación Hospital San Carlos de la ciudad de Bogotá, y el método fue descriptivo correlacional, el instrumento fue el Cuestionario de Salud SF 36 para Calidad de Vida y Cuestionario de Afrontamiento al Estrés [CAE]. Concluyendo que: “Existe deterioro importante en la calidad de vida de estos pacientes; no obstante, su funcionamiento social se encontró preservado. El afrontamiento focalizado en la solución de problemas correlacionó positivamente con salud mental, mientras tanto que la auto focalización negativa se relacionó inversamente con la mayoría de las dimensiones de calidad de vida evaluadas. Teniendo que la evitación y la religiosidad, como estilos de afrontamiento, presentaron resultados distintos a los hallados por otros autores”.

### **2.1.2 Nacionales**

Ramírez (2000) realizó un estudio en el hospital Arzobispo Loayza en Lima titulado, “Significado de calidad de vida de los pacientes con VIH/Sida que se presentaron en el servicio ambulatorio”, Tuvo el fin de identificar lo que significa calidad de vida en pacientes que acudieron al Procets del Hospital Arzobispo Loayza. Esta muestra determinó por saturación de las respuestas a la información pedida, con una orientación semiestructurada en donde las unidades de análisis manifestaron su sentir y pensar partiendo de sus propias experiencias alcanzando establecer las siguientes categorías: Sintomatología de la enfermedad, manifestaciones psicosociales, percepción de la enfermedad, situación económica, interacción familiar, sexualidad, interacción con la pareja, estigma social, imagen corporal y expectativa futuras. Entre las principales conclusiones se estableció que la calidad de vida de los pacientes con VIH/ Sida del Procets está determinada como consecuencia de una enfermedad que carece de cura y trae efectos en el estado social, económico, familia, en el avance de la enfermedad teniendo un futuro desconocido para la persona que la padece y para su familia. Tras éste motivo la calidad de vida en éste paciente con VIH/ Sida, está probado de forma importante por manifestaciones psicosociales que son; Ira, rabia, ansiedad, angustia, acompañado de sentimientos de culpa, relacionándose éstos con los pensamientos y conocimientos que sabe de la enfermedad. Su calidad de vida se influenciada por el desarrollo de la enfermedad y las complicaciones de ésta.

Ponce & Santivañez (1999), realizaron un estudio el cual denominaron: “Calidad de vida y comunicación familiar en madres adolescentes”. En su estudio de investigación acerca de la calidad de vida y comunicación familiar en madres adolescentes. El diseño utilizado fue descriptivo, comparativo y correlacional. La muestra estuvo formada por 123 madres adolescentes de diferentes instituciones del estado hospitalarias de Lima. Se utilizaron instrumentos como la escala de Calidad de vida de Olson & Barnes con el cuestionario de comunicación padres adolescentes de los mismos autores. En el análisis de datos se utilizaron: Distribución de frecuencias y porcentajes, media, desviación estándar y el coeficiente de correlación de Pearson. Concluyendo así, que una relación entre los factores Calidad de Vida y Comunicación Padre-adolescente y madre-adolescente.

Díaz, Palacios, Moringa & Mayorga. (2000). En su investigación llamada “Calidad de vida y perfiles emocionales en estudiantes universitarios de Lima”. En sus estudios de investigación acerca de calidad de vida y perfiles emocionales en estudiantes universitarios de Lima. El diseño que utilizaron fue descriptivo comparativo. Su muestra estuvo formada por 185 estudiantes de sexo femenino y masculino cuyas edades estaban entre los 16 y 25 años siendo de la facultad de Psicología de una universidad peruana. Emplearon la Escala de Calidad de Vida de Olson & Barnes y la Escala de Desórdenes Emocionales (API) de Anicama. Los estadísticos empleados fueron: La prueba “t” de Student y la correlación producto-momento de Pearson. Concluyendo que no existen diferencias significativas entre hombres y mujeres. Con

respecto a la variable Perfiles emocionales se observa que todas las escalas componentes se encuentran por debajo de la media esperada, esto indica ausencia de desórdenes emocionales en la muestra total.

Portilla (2011) realizó un estudio en el hospital Central FAP denominado "Diferencias existentes en la calidad de vida y el autoconcepto en pacientes con diabetes mellitus con y sin adherencia al tratamiento". Se utilizó un diseño descriptivo comparativo. El tipo de muestreo fue no probabilístico de tipo intencional. La muestra estuvo conformada de 56 pacientes de sexo femenino y sexo masculino, cuyas edades bordean entre los 43 hasta los 87 años, con diabetes Mellitus tipo 2, que asistían a consulta externa en el Hospital Central FAP. Los instrumentos utilizados fueron: El cuestionario de calidad de vida específico para la diabetes mellitus (DQOL- Diabetes Quality of life), el cuestionario de autoconcepto forma 5 (AF5) y la ficha de salud para la adherencia al tratamiento y los datos personales del paciente. Se concluye que según la adherencia al tratamiento se encuentra diferencias significativas tanto en la calidad de vida como en el autoconcepto, a favor de los pacientes con adherencia al tratamiento. Igual ocurre para las dimensiones de autoconcepto, exceptuando al autoconcepto emocional, el cual no presenta diferencias significativas de acuerdo a la adherencia o no al tratamiento. Por otro lado, se encontró que los pacientes con Mellitus tipo2 (DM2) con adherencia al tratamiento existe una correlación significativa entre la calidad de vida y el Autoconcepto Familiar. En pacientes con DM2 sin adherencia al tratamiento se encontró correlaciones significativas entre la Calidad de

Vida y el Autoconcepto Social, así como en el autoconcepto familiar. Para finalizar con respecto al sexo no se encontraron diferencias en ninguna de las variables, sin embargo, con respecto a la edad se encontraron diferencias significativas en cuanto al Autoconcepto, entre los adultos y adultos mayores a favor de los primeros.

Schwartz (1998) realizan un estudio titulado “Estudio de la validación de índice de calidad de vida”, en Lima. El objetivo principal de su investigación fue validar el ICV en Lima como instrumento para objetivar la cantidad y la calidad de vida en un grupo o población. La muestra estuvo formada por 30 pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna de dos hospitales de Lima y las edades eran de 18 a 65 años, tanto de sexo femenino como masculino, y 50 colaboradores entre estudiantes y profesionales de la facultad de estomatología de una universidad particular en Lima, contaban con las edades de 18 a 65 años sexo femenino y masculino. El instrumento que se utilizó fue el índice de calidad de vida. Determinándose la consistencia interna del ICV, la validez discriminativa y la validez de contenido del instrumento.

Céspedes & Del Carmen (2012), en la ciudad de Chiclayo, realizan una investigación llamada: “Modo de Adaptación de Autoconcepto en el hogar del Adulto Joven que padece Insuficiencia Renal Crónica”, con el objetivo fue describir, vislumbrar, descifrar el modo de adaptación de autoconcepto en el hogar del adulto joven que sufre de Insuficiencia Renal Crónica. Éste estudio fue de tipo cualitativo, con un enfoque fenomenológico y la población fue 6 adultos jóvenes con insuficiencia



renal crónica de 20-30 que reciben tratamiento de hemodiálisis en diferentes instituciones. (Clínica El Pacífico e Idelnor). El instrumento usado fue la entrevista a profundidad, la técnica fue Bola de nieve. Concluyendo así que: “Los profesionales deberían desarrollar actitudes multidisciplinarias al capacitar y sensibilizar no sólo a la persona enferma sino también a la familia para que aprenda y ayude en el proceso de adaptación a su familiar y que éste encuentre sentido a la enfermedad, logrando valorar el contexto familiar y social”.

Casaretto & Paredes (2006). En su estudio realizado con el nombre de: “Afrontamiento a la Enfermedad Crónica”: Este estudio se realizó en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal. Usando el método descriptivo de corte transversal, y la población estuvo conformada por 40 personas mayores de 20 años diagnosticadas IRCT en un hospital del ESSALUD. La técnica utilizada fue la encuesta y el instrumento fue el Cuestionario de Estilos de Afrontamiento COPE, concluyendo que: “El estilo de afrontamiento más usado por este grupo es el centrado en la emoción, seguido en su posterioridad por el estilo centrado en el problema, de forma muy poco frecuente el ultimo estilo, de los cuales se albergan las estrategias más adecuadas para enfrentar el estrés, con lo cual es un indicador positivo para este tipo de pacientes”.

Díaz (2012). En su estudio realizado. “Percepción del paciente oncológico sobre calidad de vida y apoyo social en el Hospital Santa Rosa”. Teniendo como objetivo el determinar la percepción del paciente oncológico sobre Calidad de Vida y el apoyo social en el Hospital Santa

Rosa. Este estudio fue de nivel aplicativo, cuantitativo, descriptivo de corte transversal y su muestra fue de 73 pacientes del servicio de oncología. Teniendo la técnica a usar, la encuesta y el instrumento fue una escala de Likert. Concluyendo que: “El mayor porcentaje de los pacientes oncológicos tienen una percepción sobre calidad regularmente favorable o desfavorable, de la misma manera en la dimensión física, psicológica y social, refiriendo que no pueden realizar sus actividades cotidianas porque se sienten desanimados y tristes y no sintiéndose cercanos a su pareja”.

## **2.2 Bases Teóricas**

No existen definiciones únicas sobre el concepto de calidad de vida, por lo tanto, a continuación, se brindará definiciones con fines didácticos los cuales pueden ser agrupados en distintas categorías.

### **2.2.1 Calidad de Vida: Condiciones de vida**

Bajo esta perspectiva, la Calidad de Vida es equivalente a la suma de los puntajes de las condiciones de vida objetivamente medibles en una persona, teniendo a la salud física, las condiciones de vida, las relaciones sociales, las actividades funcionales u ocupación. En este tipo de definición se permitiría comparar a una persona con otra desde indicadores estrictamente objetivos, por lo tanto, pareciera que estos apuntan más una cantidad que Calidad de Vida, según lo expuesto por Hollanflsworth (1988). Definiciones de esta categoría llevan a diversos problemas, en parte no existen parámetros universales de una buena u óptima Calidad de Vida, ya que los parámetros con los que se evalúa son

distintos dependiendo de las personas y de la sociedad. Por otro lado, como lo menciona Edgerton (1990), existiría independencia entre las condiciones de vida y eventos subjetivos de bienestar. Además, el bienestar global no sólo dependería de los recursos propios sino también del ambiente socio político del cual el bienestar personal es nutrido (Shen & Lai, 1998). Para Lefley (1998), la Calidad de Vida es un concepto inspirado de significado cultural, económico y político. O'Boyle (1994) plantea que la evaluación objetiva asume que la salud, ambiente físico, ingresos, vivienda y otros indicadores observables y cuantificables son mediciones válidas de Calidad de Vida y son estándares, sin embargo, la vinculación entre estos criterios objetivos y la Calidad de Vida percibida sería compleja y difícil de predecir. (Urzúa y Caqueo, 2012, p.63).

### **2.2.2 Calidad de Vida: Satisfacción con la vida**

En ésta categoría se considera a la Calidad de Vida como un sinónimo de satisfacción personal. Por lo tanto, la vida sería la suma de la satisfacción en los diversos dominios de la vida. Este tipo de definiciones también tiene sus censuradores, por dejar de lado las condiciones externas de vida, suponiendo que un individuo es capaz de separarse de su contexto económico, social, cultural, político e incluso de su propio estado de salud, para lograr la satisfacción personal. Sin embargo, a pesar de que se reconoce que la satisfacción es una valoración individual donde el marco de referencia es personal, no siendo posible desconocer que la evaluación es afectada por la experiencia o el juicio de una persona en una establecida situación. El punto interesante de discusión es el

dilema de la “conciencia”, “insight” o grado de “introspección” muy necesarios para una auto evaluación, porque esta perturbaría obligatoriamente los parámetros y estándares con los que la persona se autoevaluaría. En este foco de discusión se ha focalizado primariamente en el campo del estudio de la Calidad de vida en pacientes con problemas mentales, en especial el de las personas viviendo con esquizofrenia, trastornos bipolares o retardo mental (Verdugo, Schalock, Keith & Stancliffe, 2005). Al respecto, Jenkins (1992) plantea que las respuestas de los pacientes con enfermedad mental pueden irradiar idealmente su situación actual física, psicológica y social ya que estas respuestas pueden estar mediadas por perspectivas individuales, deseos personales o estado mental, logrando en esta evaluación producir errores frecuentes por distorsiones de la percepción, carencia de insight, ilusiones y respuestas prejudiciales por las limitaciones del uso de metodologías de auto respuesta. En tanto Jenkins concluye que la evaluación en Calidad de vida debe estar centrada en fenómenos observables o descriptivos específicos, teniendo cuidado con el uso de las perspectivas personales, las cuales pueden ser afectados por la medicación, funcionamiento cognitivo o emocional y motivaciones por mejorar su vida. Deben también considerarse las aspiraciones y la capacidad para darse cuenta de las personas, porque los pacientes mentales pueden carecer de insight o motivación para mejorar su vida. (Urzúa y Caqueo, 2012. p.63).

### **2.2.3. Calidad de Vida: Condiciones de vida + Satisfacción con la vida**

Desde este aspecto, las condiciones de vida se pueden establecer objetivamente a través de indicadores biológicos, sociales, materiales, conductuales y psicológicos, los que sumados a los sentimientos subjetivos sobre cada área pueden reflejar en el bienestar general. En este grupo de definiciones se intenta conciliar la discusión acerca de considerar a la Calidad de Vida desde un punto de vista totalmente objetivo o desde uno subjetivo. Felce y Perry, (1995). Consideran que el punto importante a destacar es el que toma la significación de cada una de las evaluaciones, tanto objetivas como subjetivas, y en cada dominio de vida en particular porque estas son interpretables sólo en relación con el lugar de importancia que toma en la persona. Para algunos autores, la Calidad de vida global tendría más significado si se considera como compuesta por los sentimientos de satisfacción frente a diversos aspectos de la vida según Shen y Lai, (1998). (Urzúa y Caqueo, 2012. p, 64).

### **2.2.4. Calidad de vida: Condiciones de vida + Satisfacción con la Vida \* Valores**

Para los autores, la Calidad de Vida es definida como un estado de bienestar general que comprende descriptores objetivos y evaluaciones subjetivas de bienestar físico, material, social y emocional, junto con el desarrollo personal y de actividades, todas estas mediadas por los valores personales. Bajo este concepto, cambios en los valores, en las condiciones de vida o en la percepción, pueden provocar cambios en los otros, bajo un proceso dinámico. En esta categoría de definiciones podría

incluirse la planteada por la OMS, que en un intento de lograr estudios comparativos e internacionales desarrollaron un grupo de trabajo en Calidad de vida. Bajo este marco, la Calidad de vida es definida como la percepción individual de la posición de la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en el cual se vive y su relación con las metas, expectativas, estándares e intereses. Aun cuando no se trazan expresamente, el modelo planteado por la Organización Mundial de la Salud, a través del grupo WHOQOL. Esta definición conceptual diferencia claramente las evaluaciones de la persona de su funcionamiento objetivo, capacidades, conductas y los auto reportes subjetivos, en términos de satisfacción / insatisfacción, con estas conductas, estados o capacidades evaluadas en las seis dimensiones propuestas. Tal como se aprecia, no existen criterios únicos para definir la Calidad de vida, sin embargo, aparecen como patrones comunes el bienestar, satisfacción, multidimensional, subjetivo/objetivo, que parecieran dar un marco común a la diversidad de definiciones, pudiendo llegar a una definición global de Calidad de vida como el nivel percibido de bienestar derivado de la evaluación que realiza cada persona, de elementos objetivos y subjetivos en distintas dimensiones de su vida. Al ser una medida de autor reporte, se centra primeramente en la evaluación que una persona hace de su nivel de bienestar y satisfacción. El resultado final de esta evaluación es el producto de una diversidad de agentes que actúan en la percepción que un individuo tiene sobre su Calidad de vida, constituyéndose en un abordaje multidimensional, ya que se relacionan diversas valoraciones que hace el propio sujeto sobre las distintas aristas de su vida y de qué

manera percibe bienestar o malestar referente a ellas. (Urzúa y Caqueo, 2012, p. 65).

#### **2.2.5. Calidad de vida: Condiciones de vida + Satisfacción con la Vida\* Evaluación.**

El nivel de Calidad de Vida observada por el individuo estaría fuertemente modulado por los procesos cognitivos que están relacionados a la evaluación que cada persona realiza sobre sus condiciones objetivas de vida, y del grado de satisfacción con cada una de ellas. Campbell (1981), propone que las personas juzgan su situación objetiva conforme a sus estándares de comparación, basados en aspiraciones, expectativas, sentimientos; tomando como referencia a un grupo de comparación con necesidades personales y valores. Para este autor la evaluación sería la satisfacción con el dominio evaluado, causando las distintas satisfacciones en los dominios, un sentimiento general de bienestar. Bajo esta perspectiva, la Calidad de vida resulta de la discrepancia entre un estado ideal y uno real, siendo la Calidad de vida alta cuando la discrepancia es pequeña, y baja cuando ésta es alta (Felce & Perry, 1995). En este contexto de identificar procesos cognitivos subyacentes a la evaluación de la Calidad de vida, Skevington, O`Connell & WHOQoL Group (2004) desarrollan cuatro posibles opciones que tendrían implícito el proceso de comparación y de valoración por parte de los sujetos. Para estos autores, el evaluar positivamente o no a la Calidad de vida dependerá de la relación establecida entre dos factores, por un lado, la valoración del dominio como tal, lo cual llevaría implícita la

comparación, y por otro lado la importancia que la persona otorgue a este dominio. Bajo este marco, la evaluación sería un proceso permanente y cambiante, ya que los estándares o patrones de comparación utilizados pueden variar en el tiempo, otorgando así a la Calidad de vida un carácter dinámico. El proceso de comparación podría darse en dos sentidos, por un lado, comparando el estado actual percibido con un estado ideal, o bien comparándolo con otro estado. En este último tipo de comparación, la persona podría usar como estándares distintas medidas de tiempo tales como: Antes, ahora, después; o de sujeto conmigo mismo o con los demás. El cruce de todas estas comparaciones, o fundamentalmente, de la brecha percibida en el tipo de comparación, sería uno de los principales determinantes al momento de evaluar la Calidad de vida, ya que el rango de la brecha determinaría el grado de satisfacción a mayor brecha, mayor insatisfacción, y por ende, el nivel de bienestar por cada dominio. (Urzúa y Caqueo, 2012, p.65).

#### **2.2.6. Teorías de la Calidad de Vida.**

Nava.G (2012) en su artículo titulado **“La calidad de vida: Análisis multidimensional”** hace mención a los estudios realizados por Brock quien conceptualizó la calidad de vida como “una vida buena”, estableciendo tres grandes teorías: la hedonista, la relacionada con la satisfacción de las preferencias y la que por virtud de los ideales se realice una buena vida.



- **Teoría hedonista:** Se basan en las experiencias conscientes como amor, placer, felicidad, disfrute; las cuales pueden ir acompañadas de la satisfacción de los deseos.
- **Teoría de la satisfacción de los deseos:** Tomándose como experiencia consciente o como objetos; lo que es bueno para una persona es que tenga lo que más desea o prefiere. Según diversos autores, las dos categorías anteriores comprenden lo que se ha denominado como bienestar.
- **Teoría de una buena vida:** En esta teoría se realizan ideales específicos, claramente normativos como la autodeterminación o autonomía. El elemento formal para estos componentes son direcciones y ponderaciones independientes para que puedan enmarcarse como una descripción general en la calidad de vida. Se enfoca principalmente sobre las capacidades para hacer ciertas cosas básicas. La capacidad refleja la libertad de una persona para elegir entre diferentes formas de vida.
- **Teoría de la comparación social:** En esta teoría existe la tendencia a relacionar sus propias características actuales o potenciales como: la salud, perspectivas futuras, la forma de afrontar alguna situación; la comparación influye en cambios de humor, autoevaluación, satisfacción personal y estrategias para afrontar alguna situación. Esta es la que mejor plantea aspectos subjetivos en el concepto de calidad de vida. Siendo esta teoría bastante real en el sentido de que dentro de las sociedades la comparación existe en la mayoría de los ámbitos.
- **Teoría de la subjetividad:** Propone que el entendimiento de comparaciones son parte de la persona; de la forma en cómo percibe el

mundo es la que le va a dar las pautas para recibir la información de las demás personas; de acuerdo con la imagen que tenga de sí mismo va a compararse con realidades “mejores” o “peores”. Todo esto depende de la propia concepción de su realidad, de su vida personal y de sus vivencias.

- **Teoría de la observación de la propia vida y de la propia realidad:** En esta teoría, se llega a una conclusión luego de hacer una comparación con otras personas o grupos, lo cual forma parte de un proceso evidentemente subjetivo, ya sea cognitivo o emocional. A partir de las comparaciones, la persona considerará el propio bienestar subjetivo o calidad de vida.

En cuanto a las teorías que no consideran la subjetividad dentro de sus planteamientos, se consideran:

- **La Teoría de la actividad:** Esta teoría no es específica sino extensa en su concepción parte de la persona; al momento de realizar la actividad, lo que otorga es bienestar subjetivo. Con base en esto, se puede considerar que es bastante reduccionista y deja de lado elementos relevantes al momento de hablar de las personas que se encuentran insertas en una sociedad. Ésta incluye: factores personales, las diferentes concepciones de actividad, las historias de cada persona, por decir, los componentes que conforman la subjetividad de la persona. Se pudieron distinguir dos componentes en la evaluación de la Calidad de Vida: la satisfacción, como un componente cognitivo de bienestar y la felicidad, que viene a ser el componente afectivo. Es de suma importancia destacar que la calidad de vida considera que el bienestar está

fuertemente ligado a los ingresos y comúnmente a la presencia de medios adecuados. En la actualidad se le atribuye una mayor importancia, como la cualidad para obtener satisfacción a través del disfrute de los recursos disponibles y no sólo de su posesión.

- **Teoría de los Dominios:**

Según Grimaldo Muchotrigo (2011), autora de la adaptación de la escala de calidad de vida de Olson y Barnes en el Perú, en su investigación titulada “Calidad de vida en profesionales de la salud en la ciudad de Lima”, expone la importancia de la Teoría de los Dominios planteada por dichos autores.

La Teoría de los Dominios propuesta por Olson y Barnes (1982), fueron los que plantearon una característica común en los estudios de la calidad de vida. Está conformada por la evaluación de la satisfacción en los dominios de las experiencias vitales de las personas, cada dominio se enfoca sobre un aspecto particular de la experiencia vital, como por ejemplo la vida marital y familiar, amigos, domicilio y facilidades de vivienda, educación, empleo, religión, entre otros. Según Olson y Barnes (citado en García, 2008), proponen un concepto subjetivo para definir la calidad de vida y la relación que existe con el ajuste entre el sí mismo y el ambiente; por lo tanto, la calidad de vida es la percepción que la persona tiene de las posibilidades que el ambiente le brinda para lograr su satisfacción. No existiendo una calidad de vida absoluta, puesto que ella es el fruto de un proceso de desarrollo y se organiza a lo largo de

una escala continua entre valores extremos de alta u óptima o baja o deficiente calidad de vida. Desde el punto de vista conceptual, la calidad de vida se definiría como un proceso dinámico, complejo y multidimensional; fundamentado en la percepción subjetiva del grado de satisfacción que una persona ha alcanzado en relación a las dimensiones de su ambiente. A nivel operacional se define como el grado de bienestar a nivel físico, mental y social, que le permite al individuo la satisfacción de sus necesidades individuales y sociales, en los siguientes dominios de la vida de una persona: Bienestar económico, amigos, vecindario y comunidad, vida familiar y hogar, pareja, ocio, medios de comunicación, religión y salud; medida a partir de las valoraciones y criterios;

- Calidad de vida óptima (estado de pleno bienestar físico, mental y social),
- Tendencia a calidad de vida buena (estado de bienestar físico, mental y social con ciertas limitaciones),
- Tendencia a baja calidad de vida (estado de bienestar físico, mental y social con muchas limitaciones)
- Mala calidad de vida (estado de bienestar físico, mental y social con serias limitaciones).

▪ **Teoría de la Calidad de vida según Maslow.**

Está profundamente correspondida con las diferentes necesidades del hombre, estas insuficiencias pueden ser básicas, las cuales una vez

satisfechas ya no se les presta atención, mientras existen otras que no desaparecen y están enfocadas en las relaciones con los demás y sentimiento hacia uno mismo. En 1991, Abraham Maslow realizó una jerarquía de necesidades Siendo la primera las Necesidades fisiológicas: Alimentación, agua, aire; la Necesidad de seguridad encontrándose la seguridad y la protección contra el daño. Necesidades de aceptación social: Afecto, amor, pertenencia y amistad. Necesidades de autoestima: Auto valía, éxito, prestigio. Necesidades de autorrealización: Dar lo que uno es capaz, auto cumplimiento (Salas y Garzón 2013, p.41)

### **2.2.7 Factores que influyen en la Calidad de Vida**

Nava (2012), en su artículo titulado “La calidad de vida: Análisis multidimensional” hace mención de la gran variedad de autores que asumen una relación causa-efecto entre los recursos y las condiciones de vida: A más y mejores recursos se tenga, mayor es la probabilidad de una buena calidad de vida, para ello se requiere de diferentes factores:

- **Factores materiales:** Hacen referencia a los recursos que uno tiene, tales como: ingresos disponibles, posición en el mercado de trabajo, salud y nivel de educación, entre otros.
- **Factores ambientales:** Viene a ser las características de los habitantes/comunidad que influyen en la calidad de vida, como la presencia y acceso a servicios, grado de seguridad y criminalidad, transporte y movilización, la habilidad para servirse de las nuevas tecnologías que hacen la vida más simple. Pero también, las

características del hogar son relevantes a la hora de determinar la calidad de las condiciones de vida.

- **Factores de relacionamiento:** Están incluidas las relaciones con la familia, los amigos y las redes sociales, como también la integración a organizaciones sociales y religiosas, el tiempo libre y el rol social después del retiro de la actividad económica siendo éstos factores que pueden afectar la calidad de vida en edades avanzadas. Cuando la familia juega un rol central en la vida de las personas adultas mayores, los amigos, vecinos y otras redes de apoyo son importantes.
- **Factores sociales y calidad de vida:** La calidad de vida recibe la influencia de factores como: el empleo, la vivienda, el acceso a servicios públicos, las comunicaciones, la urbanización, la criminalidad, la contaminación del ambiente y otros, que conforman el entorno social y que influirían sobre el desarrollo humano de una comunidad.

Según Grimaldo Muchotrigo (2011) en su investigación sobre la calidad de Vida en los profesionales de la salud de Lima Metropolitana, expone los factores de la calidad de Vida propuestos por Olson y Barnes (1892) en su escala de calidad de vida los cuales son: Bienestar Económico, Amigos, Vecindario y Comunidad, Vida Familiar y Hogar, Pareja, Ocio, Medios de Comunicación, Religión y Salud.

- **Factor Bienestar Económico:** En este factor está incluido la satisfacción en relación a los medios materiales que posee cada persona, la vivienda para vivir plácidamente, la capacidad económica para cubrir los gastos de una alimentación familiar adecuada, la capacidad económica para satisfacer las

necesidades de vestido, recreativas, educativas y de salud de la familia, entre otros ítems.

- **Factor Amigos:** Conformado por la satisfacción que posee el individuo en relación a los amigos que frecuenta en la zona donde vive, las actividades (fiestas, reuniones, deportes), el tiempo que comparte con los amigos en la zona donde reside, los amigos del trabajo, etc.
- **Factor Vecindario y comunidad:** Se sitúan las facilidades que le brinda su comunidad para hacer las compras cotidianas, la seguridad en el lugar donde vive para trasladarse sin peligro alguno, los espacios de recreación (parques, campos de juegos, etc.) en la comunidad, las facilidades para las prácticas deportivas (lozas deportivas, gimnasios, etc.), entre otros.
- **Factor Vida familiar y hogar:** En este factor encontramos la relación afectiva con sus hijos, hijas el número que tiene, los compromisos domésticos en la casa, y la capacidad del hogar para brindarle seguridad afectiva, la capacidad para satisfacer la necesidad de amor de los miembros de su hogar, el tiempo que pasa con la familia, etc.
- **Factor Pareja:** Se halla la relación afectiva con la pareja, el tiempo que pasa con la pareja, las actividades que comparte con la pareja, el apoyo emocional que recibe de la pareja.
- **Factor Ocio:** Está conformado por la cantidad de tiempo libre que tiene disponible para las actividades deportivas, recreativas que realiza tales como: tocar guitarra, asistir al teatro, cine, conciertos, etc.
- **Factor Medios de Comunicación:** Encontramos el grado de satisfacción en relación al contenido de los programas de televisión nacional de señal abierta y señal cerrada; el contenido de los programas de radio; la cantidad de tiempo

que pasa escuchando radio, en Internet revisando páginas educativas y no educativas, etc.

- **Factor Religión:** Éste factor está compuesto por la vida religiosa de la familia, la frecuencia de asistencia a misa, la relación que tiene con Dios, el tiempo que le brinda a Dios.
- **Factor Salud:** Esta dimensión está conformada por la salud física y psicológica, la salud física de otros miembros de la familia nuclear.

#### **2.2.8. Utilidad de la medición de “Calidad de Vida”**

Según Schalock (1996) la investigación sobre la Calidad de Vida es importante ya que el concepto está creado como un principio organizador que puede ser aplicable para la mejoría de las sociedades, sometidas a constantes cambios sociales, políticos, tecnológicos y económicos. No obstante, la verdadera utilidad del concepto se percibe sobre todo en los servicios humanos, sumergidos en una “revolución de calidad” que mantiene una planificación centrada en la persona y la adopción de un modelo de apoyo y de técnicas de mejora de la calidad. Por tal motivo, el concepto puede ser utilizado para una serie de propósitos, incluyendo la evaluación de las necesidades de las personas y sus niveles de satisfacción, la evaluación de los resultados de los programas y servicios humanos, la dirección y guía en la provisión de estos servicios y la formulación de políticas nacionales e internacionales dirigidas a la población general y a otras más específicas, como la población con discapacidad. Entre las ciencias de la salud, los avances de la medicina han posibilitado alargar notablemente la vida, generando un incremento importante de las enfermedades crónicas. Ello ha



llevado a poner especial acento en un término nuevo: Calidad de Vida Relacionada con la Salud.

- **Calidad de Vida Relacionada con la Salud:**

En numerosos trabajos de investigación científica usan actualmente el concepto, como un modo de referirse a la percepción que tiene el paciente de los efectos de una enfermedad determinada o de la aplicación de cierto tratamiento en variados ámbitos de su vida, principalmente de las consecuencias que provoca sobre su bienestar físico, emocional y social. Las habituales medidas (mortalidad/morbilidad) están dando paso a esta nueva manera de valorar los resultados de las intervenciones, comparando unas con otras, y en esta línea, la meta de la atención en salud se está orientando no sólo a la eliminación de la enfermedad, sino fundamentalmente a la mejora de la Calidad de Vida del paciente. En la actualidad hay importantes trabajos realizados sobre intervenciones en personas con cáncer, sida, asma y esclerosis múltiple, entre otras. En sus inicios se definió como un “concepto que fue introducido en la década de los setenta como elemento cualitativo en oncología para la evaluación de los tratamientos, respecto al control de los síntomas y al desempeño del paciente”, después se expandió a otras especialidades como la reumatología, la geriatría, etc. En pro de considerar la salud no como la ausencia de enfermedad clínicamente diagnosticada, sino como el sentido de salud colectiva, el orden social actual producto de lo que se reflexiona como crisis de la modernidad, no resultando

especialmente favorable para el bienestar social general aún en los países centrales. Por el contrario, analizada sociológicamente la relación entre calidad de vida y salud, se debe hacer hincapié en una perspectiva que considere la asociación mente - cuerpo y la relación con el entorno. Desde ésta perspectiva la Calidad de Vida puede verse como “las relaciones humanas además de estilos de vida creativos y percepciones más personales del tiempo, el territorio y el cuerpo”, a lo que hay, que se incluiría un cierto nivel de vida, en el sentido de más consumo, pero que no se reduce a este último. (Salas y garzón 2013, p.53)

### **Estrategias de intervención para mejorar la calidad de vida**

Las técnicas y estrategias para mejorar la Calidad de Vida de individuos y comunidades coinciden con las de la promoción de la salud, pero no son exactamente las mismas. Según Spilker (1990). Existe evidencia empírica de que la Calidad de Vida se puede mejorar actuando tanto en forma preventiva como a través del tratamiento de la enfermedad. La promoción y facilitación de la CV individual y colectiva deben tenerse cada vez más en cuenta tanto en la prevención de la enfermedad como en la planificación sanitaria (Kaplan 1994). Evans agrupa las estrategias de promoción de la Calidad de Vida en programas dirigidos a las personas y programas orientados al ambiente. En los primeros se trata de conseguir un desarrollo de la autoestima, la autoeficacia y de los sentimientos de dominio y control de los sujetos (destrezas interpersonales, habilidades de solución de problemas, asertividad, estrategias de afrontamiento, etc.).

En la segunda perspectiva se trata de modificar el ambiente social o físico (redes de apoyo social, adecentamiento del medio natural, etc.) Argyle, Evans y otros autores señalan los siguientes procedimientos para aumentar la felicidad (y por lo tanto la Calidad de Vida) en población general: desarrollo de la autoeficacia y la autoestima, entrenamiento en habilidades de afrontamiento y de solución de 31 problemas para mejorar el nivel general de funcionamiento, por ejemplo pensar en hechos agradables, ver películas divertidas, escuchar música alegre, decirse auto instrucciones positivas, aumentar las actividades agradables, tener buenas relaciones con los demás, contar con sistemas de apoyo social adecuados, participar en actividades de ocio y trabajos satisfactorios.

Dimensión subjetiva y objetiva de la calidad de vida En la investigación de Calidad de Vida a menudo se distingue entre la Calidad de Vida subjetiva y objetiva. La subjetiva está relacionada con sentirse bien y estar satisfecho con las cosas en general, la objetiva se refiere al cumplimiento de las demandas sociales y culturales de la riqueza material, la posición social y el bienestar físico. (Salas y garzón 2013, p.42)

### **2.3. Definiciones conceptuales de la variable de investigación**

Camfield & Skenvington (2008) señalan que distintos expertos internacionales han redefinido hace poco el bienestar subjetivo como “un término general referido a las valoraciones que la persona hace sobre su vida, los acontecimientos que le suceden y las circunstancias en las que vive” (Diener, 2006, p. 400). La calidad de vida involucra un elemento sustancial como es el estilo de vida; siendo, por lo tanto, un elemento subordinado en estos dos conceptos. En tal modo que hay necesidad de

contar con un mayor número de investigaciones en este campo, a fin de que se puedan ir perfilando ambos conceptos.

Según Rodríguez (1995), el estado de salud es un factor determinante de la calidad de vida, la calidad de vida de la persona determina igualmente su estado de salud. La calidad de vida es una situación social y personal que permite satisfacer los requerimientos humanos, tanto en el plano de las necesidades básicas y sociales, como en de las necesidades espirituales. Es así, como los deberes y derechos del hombre no implica una adecuada respuesta a los requerimientos de calidad que apuntan las expectativas del individuo en nuestras sociedades hoy en día.

Pérez De Cabral (1992), manifestó que en éste sentido la formación es condición necesaria en el contexto de calidad de vida, comprendida esta formación como un proceso realizable en diferentes planos como: a) adquisición de capacidades y desarrollo de destrezas que entrenan para la vida, b) preparación para una tarea específica, c) adquisición de experiencia que enriquece la conducta y permite la realización personal y profesional, c) activación de las disposiciones y capacidades. Estos diferentes planos confluyen en la persona.

Levy & Anderson (1980), menciona que “es una medida compuesta de bienestar físico, mental y social, tal y como lo percibe cada individuo o grupo y de la felicidad, satisfacción y recompensas”.

Cecilia y Tulskey (1990), menciona: “la apreciación que el paciente hace de su vida y la satisfacción con su nivel actual de funcionamiento comparado con el que percibe como posible y real”.

Tayler (1994), en su teoría expresa que “la cooperación, la honradez, la honestidad, la humildad y el amor, tienen que ser las pautas para nuestra conducta hacia los semejantes y hacia el planeta de la vida”. (p.779), indagar la calidad de vida sin perjudicar al ambiente es un problema ético.

Savater (2000), según el autor los seres humanos a diferencia de los otros, “podemos inventar y elegir en parte nuestra forma de vida, pudiendo optar por lo que parece bueno, vale decir conveniente para nosotros, anverso a lo que nos parece malo o inconveniente, en tanto que podemos inventar y elegir también podemos equivocarnos, eso es algo que, a los castores, a las ovejas, no les suele suceder. En tal manera que se considera prudente precisar bien en lo que formamos y gestionar y adquirir un cierto saber vivir que nos permita acertar. (p.31)

Según Guillen (1997), la calidad de vida se puede entender como el procurar y llevar una vida satisfactoria, involucrando primariamente una mayor expectativa de vida, y esencialmente vivir en mejores condiciones físicas y mentales.

Borthwick-Duffy (1992), plantean tres conceptualizaciones (a, b, c) a Calidad de Vida como “la calidad de las condiciones de vida de una persona” (a), “la satisfacción experimentada por la persona con dichas condiciones vitales” (b), “la combinación de componentes objetivos y

subjetivos” (c), asimismo, “Calidad de Vida se definiría: “las condiciones de vida de una persona junto a la complacencia que ésta experimenta”.

Felce & Perry (1995), incrementaron una cuarta conceptualización (d) a las que planteo Borthwick-Duffy, calidad de vida como “la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal preconizadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales”. Notamos que según las investigaciones previas la calidad de vida viene establecida por múltiples factores sobresaliendo aquellas que para la persona personifique los aspectos más demostrativos basándose a en su subjetividad, es así que en los diferentes estudios que se han hecho al respecto se establecieron desiguales aspectos que podrían determinarla, en donde el punto más resaltante es el ambiente que percibe cada ser humano en tanto a todo lo que le rodea y que está establecido por la sociedad donde vive, la imagen que tiene a sí mismo, la salud física y mental, apreciándolas como adecuadas o inadecuadas. No existiendo considerable información dirigida a la población con algún tipo de discapacidad motriz, lo cual en nuestro medio crece cada día y con ello los variados conflictos que incluyen los emocionales que dicha población puede arrastrar.

Calidad de Vida (Jiménez González, 2014). La calidad de vida, concebida como la posibilidad que tienen los seres humanos de ser y hacer lo que quieren como proyecto vital, constantemente en un marco de respeto por los demás y en general por la vida, debe formarse en un objetivo primordial del Estado. Por tal sentido, el camino que posean los

seres humanos a una sucesión de recursos de orden personal, familiar y social, viene a ser la base para que puedan desarrollar sus capacidades y aprovechar las oportunidades que se generen en la sociedad de la que hacen parte cada uno de ellos.

## **CAPÍTULO III**

### **METODOLOGÍA**

#### **3.1 Tipo y diseño de investigación**

##### **3.1.1. Tipo y enfoque**

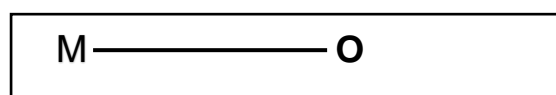
El tipo de investigación es descriptivo según Hernández, Fernández y Baptista (2010), siendo su objetivo, el de buscar especificar propiedades, tipologías y rasgos de mayor relevancia de cualquier tema que se analice, detalla estilos de un grupo o población entre otros.

Por otro lado, el enfoque es cuantitativo. Hernández, et al. (2010), mencionan que el encargado de la investigación debe realizar todos los procesos necesarios, por ser característica de este enfoque, como por ejemplo se emanan objetivos y preguntas de investigación, además de revisar la literatura, se edifica un marco teórico y se utiliza estadísticos para obtener el resultado de la investigación.

##### **3.1.2. Diseño de investigación**

En esta investigación se utilizó el diseño no experimental de corte transversal; que Hernández, et al. (2010) refiere que ello sucede cuando “los investigadores recopilan datos en un momento único” (p. 151).

El diagrama del diseño es el siguiente:



Donde:

M = Muestra

O = Observación de la calidad de vida



### **3.2 Población y muestra**

En la población de estudio evaluado está conformada por 50 personas de sexos masculino y femenino, en los rangos de edad de 14 a los 50 años, en el área de psicología del Hospital general Arzobispo Loayza.

El Hospital Arzobispo Loayza es un hospital nacional que recibe a pacientes de toda condición social se encuentra ubicado en La Av. Alfonso Ugarte 848 Cercado de Lima, La directora actual es Victoria Bao Castro.

El Hospital Nacional Arzobispo Loayza tiene una existencia de 457 años, fue fundado en el año 1549, con el nombre de Hospital Santa Ana de los Naturales, seguidamente se inicia la construcción del hospital como lo conocemos actualmente, siendo inaugurado el 11 de diciembre de 1924, con el nombre de Hospital Arzobispo Loayza, en honor a su fundador. Desde su inauguración, el hospital estuvo dedicado a la atención de mujeres de escasos recursos económicos, manteniéndose así hasta mediados de los años 90, en la actualidad atiende a pacientes de ambos sexos. Hasta el 31 de enero de 1974, en que pasó a depender del Ministerio de Salud, fue administrado por la Sociedad de Beneficencia Pública de Lima. El Hospital Loayza es el hospital general más grande del país, brindando todas las facilidades para la atención oportuna de gran cantidad de personas de escasos recursos económicos, que no cuentan con ningún tipo de seguro y deben acudir a los hospitales del Estado, para recuperar, en la medida de lo posible, uno de sus bienes más preciados que es la salud. El área de psicología se encuentra en los pabellones 1 y 3, dónde se realizó las muestras tomadas a cada paciente Al respecto: Al observar a los pacientes

del hospital Arzobispo Loayza, se evidenció la necesidad y la importancia que tiene la calidad de vida en las personas para afrontar cualquier problema de salud y la dificultad que ésta ocasiona al no tener los medios económicos para poder llevar a cabo su tratamiento para su pronta recuperación.

#### **Muestra:**

El tipo de muestra es censal porque se seleccionó el 100% de la población al considerar toda la población que conforma el área psicología del Hospital general Arzobispo Loayza.

El presente estudio se llevó a cabo con pacientes de las edades de 14 años en adelante, del sexo femenino y masculino, encontrando más incidencia de pacientes del sexo femenino, dispuestas a cooperar con el test de evaluación. La mayor parte de personas evaluadas, indicaron tener secundaria incompleta, ser madres de familia solteras, con apoyo mínimo del padre de sus hijos, de condición civil convivientes, estado actual de su pareja laboralmente incierto.

Con muchos problemas de insatisfacción o resignación por el momento que atraviesan, indicaron sentirse deprimidas y preocupadas por su familia, por su futuro en pareja, porque sus hijos se sientan acompañados y atendidos a sus horas, recogerlos a tiempo del colegio, servirlos de la mejor manera.

### **3.3 Identificación de la variable y su Operacionalización**

La variable a estudiar es Calidad de Vida que tiene como objetivo identificar aquellos elementos funcionales y disfuncionales que influyen en los factores compuestos por la escala de Calidad de Vida.

Tabla 1. Operacionalización.

| Variable  | Dimensiones  | Peso | Nº de ítems | Indicadores     | Niveles  |
|---|--|------|-------------|-----------------|--|
| Calidad de Vida   | <b>Hogar y Bienestar Económico:</b><br>se evalúa la satisfacción en relación a los medios materiales que tiene la vivienda para vivir cómodamente, la capacidad económica para cubrir los gastos de una alimentación familiar adecuada, la capacidad económica para satisfacer las necesidades de vestido, recreativas, educativas y de salud de la familia, entre otros ítems (Grimaldo M.2011 p177).   | 20%  | 5           | (1,2,3,4,5)     | 1.-Insatisfecho<br>2.-Un poco satisfecho<br>3.-Más o menos satisfecho<br>4.-Bastante satisfecho<br>5.-Completamente satisfecho |
| La calidad de vida es un constructo multidimensional y está relacionado con la salud como componente subjetivo, con aquello que es expresión de bienestar o malestar, más allá de lo que objetivamente ocurre en las interacciones de la persona con su ambiente (Olson & Barnes, 1982) | <b>Amigos, Vecindario y Comunidad:</b><br>siguientes ítems: El nivel de satisfacción en relación a los amigos que frecuenta en la zona donde vive, las actividades (fiestas, reuniones, deportes) y tiempo que comparte con los amigos en la zona donde reside, los amigos del trabajo, etc. (Grimaldo M.2011 p177).   | 17%  | 4           | (6,7,8,9)       |  |
|   | <b>Vida Familiar y Familia Extensa:</b><br>En el dominio Vida familiar y hogar, se encuentran los siguientes: La relación afectiva con su(s) hijo(s), (as), el número de hijos (as) que tiene, las responsabilidades domésticas en la casa, la capacidad del hogar para brindarle seguridad afectiva, la capacidad para satisfacer la necesidad de amor de los miembros de su hogar, el tiempo que pasa con la familia, etc. (Grimaldo M.2011 p177). | 17%  | 4           | (10, 11, 12,13) |  |
|   | <b>Educación y ocio:</b><br>Es medido a partir de los siguientes ítems: La cantidad de tiempo libre que tiene  | 13%  | 3           | (14,15,16)      |  |

|  |     |   |               |
|--|-----|---|---------------|
| disponible, las actividades deportivas, recreativas que realiza (tocar guitarra, asistir al teatro, cine, conciertos, etc.), además de otros ítems. (Grimaldo M.2011 p177).  |     |   |               |
| Medios de Comunicación<br>Es evaluado a partir del grado de satisfacción respecto al contenido de los programas de televisión nacional de señal abierta y señal cerrada; el contenido de los programas de radio; la cantidad de tiempo que pasa escuchando radio, en Internet revisando páginas educativas y no educativas, etc. (Grimaldo M.2011 p177). | 17% | 4 | (17,18,19,20) |
| <b>Religión:</b> se ubican entre otros los siguientes ítems: La vida religiosa de la familia, la frecuencia de asistencia a misa, la relación que tiene con Dios, el tiempo que le brinda a Dios, etc. (Grimaldo M.2011 p177).   | 8%  | 2 | (21,22)       |
| <b>Salud:</b> se ubican entre otros los siguientes ítems: La salud física y psicológica, la salud física de otros miembros de la familia nuclear (Grimaldo M.2011 p177).   | 8%  | 2 | (23,24)       |

### 3.4 Técnicas e instrumentos de evaluación y diagnóstico.

#### 3.4.1. FICHA TÉCNICA

Nombre: Escala de Calidad de Vida de Olson & Barnes

Autores: David Olson & Howard Barnes

Adaptado por: Mirian Pilar Grimaldo Muchotrigo

Administración: Individual o colectiva

Duración: Aproximadamente 20 minutos

Nivel de aplicación: A partir de 13 años

Finalidad: Identificación de los niveles de calidad de vida.

La calidad de vida es la percepción que la persona tiene de las posibilidades que le ambiente le brinda para lograr la satisfacción de sus necesidades y el logro de sus intereses en relación a los siguientes factores: Factor 1 (Bienestar económico), Factor 2 (Amigos, vecindario y comunidad), Factor 3 (Vida familiar y familia extensa), Factor 4 (Educación y ocio), Factor 5 (Medios de comunicación), Factor 6 (Religión), y Factor 7 (Salud).

**Baremación:**

Se ofrecen los baremos en percentiles, obtenidos en una muestra de 589 estudiantes cuyas edades fluctuaron entre los 14 y 18 años de edad, de 4to y 5to de secundaria de cuatro centros educativos estatales y particulares de Lima.

**3.4.2 Instrumento:**

Esta escala fue construida por David Olson & Howard Barnes en 1982. Los objetivos de ésta escala son medir las percepciones individuales de satisfacción dentro de los dominios de la experiencia vital de los individuos como, por ejemplo, vida marital y familiar, amigos, domicilio y facilidades de vivienda, educación, empleo, religión, etc. (Díaz et. al, 2000).

Se desarrollaron dos versiones, una dirigida a los padres con 43 ítems y 12 áreas (Vida marital y familiar, amigos, familia extensa, salud, hogar educación, tiempo, religión, empleo, medios de comunicación, bienestar económico y vecindario y comunidad), la versión para adolescentes tiene 25 ítems con iguales áreas que la escala de adultos con excepción de matrimonio y empleo.

Los ítems son de tipo Likert con las siguientes opciones: Insatisfecho, un poco satisfecho, más o menos satisfecho y completamente satisfecho.

#### **Materiales:**

Cuadernillo de la prueba y un lápiz.

#### **Confiabilidad:**

Se trabajó mediante el método test re test, usando la forma de adolescentes con 124 sujetos de doce clases universitarias y secundaria. El tiempo que transcurrió entre la primera y segunda aplicación, fue de cuatro a cinco semanas. La correlación de Pearson para la escala total es de .64 y las correlaciones para los doce factores van desde .40 hasta .72. La confiabilidad de la consistencia interna se determinó con el coeficiente de confiabilidad Alfa de Crombach, alcanzando para la escala Padres .92 y para la Escala adolescentes .86.

### **Validez:**

Ésta escala fue determinada mediante la validez de construcción a partir del análisis factorial, el cuál sustentó la estructura conceptual de la escala, con pocas excepciones. Algunas Escalas conceptuales se unieron para definir un solo factor, la escala Hogar se dividió en ítems relativos al espacio y en ítems relativos a las responsabilidades domésticas, agrupando las preocupaciones específicas del adolescente en un solo factor.

Los valores que se hallaron, insinúan que la varianza compartida entre el factor de segundo orden y los demás es moderada, pero se acepta para poder definir un constructo unidimensional disfrazado a todos los demás factores del primer orden. Siguiendo de la misma manera se observó que todas las cargas factoriales entre los ítems con el factor de segundo orden van desde .32 hasta .58, viniendo a ser magnitudes bastante aceptables para poder definir un factor latente según lo expuesto por Nunally y Bernstein en 1995, n tal manera se estaría comprobando que todos los ítems de la presente escala miden un constructo unidimensional denominado calidad de vida.

La validez de constructo también fue estudiada a partir del análisis de ítems, aquí es donde se observó que los participantes respondieron de manera variable en el ítem, donde las respuestas incluían toda la gama de opciones, 1 como puntaje mínimo y 5 como puntaje máximo, teniendo que pasar por las alternativas intermedias. Al analizar las tablas de distribución porcentual, también se obtuvieron que en todos los casos el

porcentaje de respuestas no contestadas ha sido mínimo y por el contrario han respondido a los ítems presentados.

De esta misma manera respecto al índice de homogeneidad todos los ítems obtuvieron puntajes superiores al margen aceptable, pudiendo señalar que todos discriminan en la misma dirección que el instrumento total.

Al aplicar el coeficiente  $r$  de Pearson, para establecer el análisis correlacional entre la escala de calidad de vida de Olson y Barnes, la prueba de Autoeficacia General y el Inventario de Emociones Positivas y Negativas (SPANAS). Se obtuvo una baja correlación entre la Prueba de autoeficacia y la Escala de Calidad de Vida, lo cual indica que estos constructos mantienen su independencia. De esta forma con el Inventario de Emociones Positivas y Negativas (SPANAS), donde se observa una baja correlación. En tal manera se prueba la validez Divergente de la Escala de Calidad de Vida con los otros instrumentos aplicados o con los otros constructores medidos. Los análisis realizados pueden señalarse que La Escala De Calidad de Vida posee validez de constructo para medir la calidad de vida en grupos poblacionales similares a la muestra estudiada, dado que se observan resultados concordantes con los teóricamente esperados.

#### **Normas de Aplicación:**

Se les dice y se les muestra a las personas o grupos a evaluarse que se les hará entrega de un cuestionario en el cuál cada uno tendrá que colocar sus datos personales y explicarán de la manera cómo ellos se



sienten en relación a los aspectos de su vida. Para esto ustedes pueden elegir de entre las siguientes alternativas presentadas a continuación: Un poco satisfecho, más o menos satisfecho, bastante satisfecho o completamente satisfecho.

La persona que examine puede leer en voz alta todas las instrucciones que aparecen en el cuadernillo y responder a las diversas interrogantes de todos los examinados y en correspondencia a las instrucciones dadas.

Se puede dar la indicación que ellos deben de contestar a cada una de las preguntas sin dejar de responder ninguna y que cada pregunta tiene que contar sólo con una respuesta.

### **Normas de corrección y calificación:**

Se puede llevar a cabo de la siguiente manera presente a continuación:

Se sumarán las puntuaciones que correspondan a cada uno de los ítems contestados, teniendo en consideración de que cada una de las respuestas tiene un único puntaje correspondiente que puede ser: 5, 4, 3, 2, 1, teniendo en consideración la marca realizada por el examinado.}

Todas las puntuaciones directas obtenidas se ubicarán en la parte final de la prueba.

Las puntuaciones directas que se obtuvieron se convertirán en centiles por medio de las tablas baremos correspondientes.

## CAPITULO IV

### PRESENTACIÓN, PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

#### 4.1 Procesamiento de los resultados

Al concluir la investigación los datos fueron procesados mediante el paquete estadístico SPSS 21, Y MS EXCEL 2017, con el que se realizaron los siguientes procedimientos estadísticos de análisis:

- a) Obtención de medias con su respectivas puntuaciones máxima y mínima, con sus indicadores correspondientes.
- b) Se presentaron los resultados en tablas de frecuencia con su respectiva representación gráfica.

Posteriormente se determinando la distribución de las frecuencias y el porcentaje de los datos obtenidos por el instrumento de investigación.

Se aplicaron las siguientes técnicas estadísticas:

Valor máximo y mínimo

Media aritmética:

$$\bar{X} = \frac{\sum_{i=1}^n X_i}{n}$$

## 4.2 Presentación de resultados:

### Estadísticos

Tabla 2. PUNTAJE TOTAL

|        |          |         |
|--------|----------|---------|
| N      | Válido   | 49      |
|        | Perdidos | 0       |
| Media  |          | 69,3061 |
| Mínimo |          | 34,00   |
| Máximo |          | 95,00   |

El estudio realizado de 50 personas, sobre Calidad de Vida, tiene como interpretación los siguientes datos:

Una media de 69.30 que se categoriza como “Mala calidad de vida”

Un valor mínimo de 34 que se categoriza como “Mala calidad de vida”

Un valor máximo de 95 que se categoriza como “Tendencia a calidad de vida buena “

Tabla 3: Medidas estadísticas descriptivas de los factores pertenecientes al clima laboral.

### Estadísticos

|        |          | SALUD  | RELIGION | MEDIOS  | EDUCACIÓN<br>Y OCIO | VIDA    | AMIGOS  | HOGAR   |
|--------|----------|--------|----------|---------|---------------------|---------|---------|---------|
| N      | Válido   | 50     | 50       | 50      | 50                  | 49      | 50      | 50      |
|        | Perdidos | 0      | 0        | 0       | 0                   | 0       | 0       | 0       |
| Media  |          | 6,3000 | 6,7200   | 10,9600 | 9,8200              | 11,2653 | 12,4200 | 11,8200 |
| Mínimo |          | 2,00   | 2,00     | 5,00    | 3,00                | 4,00    | 6,00    | 5,00    |
| Máximo |          | 10,00  | 10,00    | 19,00   | 15,00               | 15,00   | 19,00   | 19,00   |

En los factores que abarcan la Calidad de Vida se puede observar los resultados siguientes:

En el factor salud se puede observar:

Una media es de 6.30 que vendría a categorizarse como “Tendencia a baja calidad de vida”

Un mínimo es de 2 que vendría a categorizarse como “Mala calidad de vida “

Un máximo es de 10 que vendría a categorizarse como “Calidad de vida óptima

En el factor Amigos, vecindario y comunidad se puede observar:

Una media es de 12.42 que vendría a categorizarse como “Mala calidad de vida”

Un mínimo es de 6 que vendría a categorizarse como “Mala calidad de vida”

Un máximo es de 19 que vendría a categorizarse como “Calidad de vida óptima”.

En el factor Vida familiar y familia extensa se puede observar:

Una media es de 11,26 que vendría a categorizarse como “tendencia a baja calidad de vida”

Un mínimo es de 4 que vendría a categorizarse como “Mala calidad de vida”

Un máximo es de 15 que vendría a categorizarse como “Calidad de vida óptima”

En el factor Educación y ocio se puede observar:

Una media es de 9,82 que vendría a categorizarse como “Tendencia a baja calidad de vida”

Un mínimo es de 3 que vendría a categorizarse como “Mala calidad de vida”

Un máximo es de 15 que vendría a categorizarse como “Calidad de vida óptima”

En el factor Medios de comunicación se puede observar:

Una media es de 10,96 que vendría a categorizarse como “Tendencia a baja calidad de vida”

Un mínimo es de 5 que vendría a categorizarse como “Mala calidad de vida”

Un máximo es de 19 que vendría a categorizarse como “Calidad de vida óptima”

En el factor Religión se puede observar:

Una media es de 6,7 que vendría a categorizarse como “Tendencia a baja calidad de vida”

Un mínimo es de 2 que vendría a categorizarse como “Mala calidad de vida”

Un máximo es de 10 que vendría a categorizarse como “Calidad de vida óptima”

En el factor Salud se puede observar:

Una media es de 6,3 que vendría a categorizarse como “Tendencia a baja calidad de vida”

Un mínimo es de 2 que vendría a categorizarse como “Baja calidad de vida”

Un máximo es de 10 que vendría a categorizarse como “Calidad de vida óptima”.

Con relación a los resultados que se mencionan, a continuación, mostraremos los gráficos estadísticos para poder observar los índices referentes a las categorías de Calidad de Vida y sus respectivos factores

## Objetivo General

**Tabla 4. Niveles de Calidad de vida**

### Niveles de Calidad de vida

| Categorías                        | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------------------------------|------------|------------|
| Mala Calidad de vida              | 40         | 79,59%     |
| Tendencia a baja calidad de vida  | 7          | 14.29%     |
| Tendencia a calidad de vida buena | 3          | 6.12%      |
| Calidad de vida optima            | 0          | 0,0%       |
|                                   | 50         | 100%       |

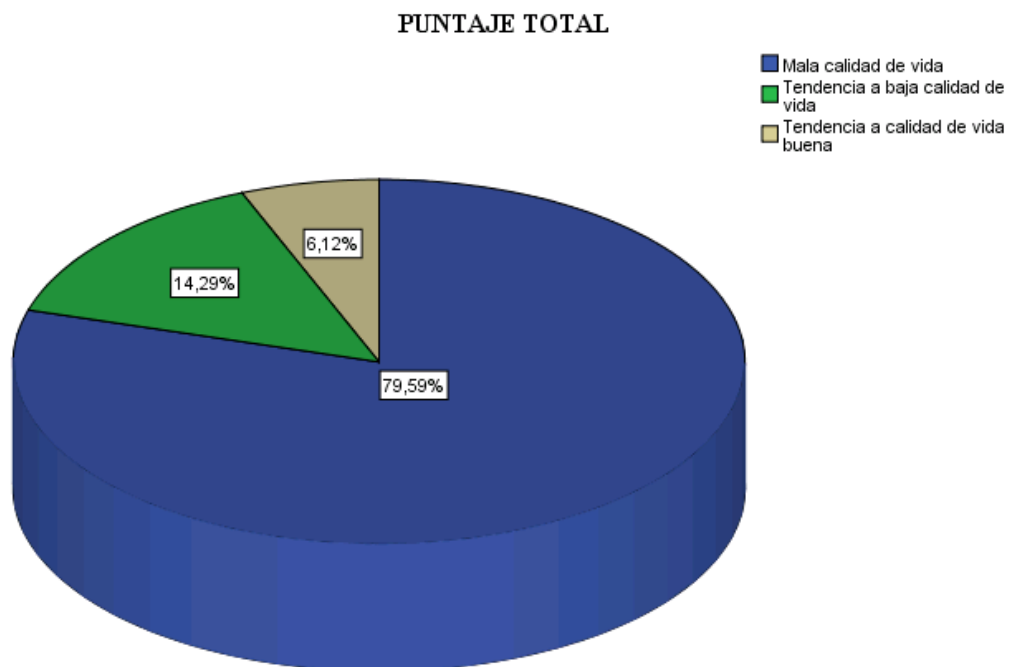


Figura 1. Muestran los resultados de la Calidad de vida de los pacientes hospitalizados presentan un 79.59% de mala calidad de vida, un 14.29% en una tendencia a baja calidad de vida y un 6.12% a una tendencia de calidad de vida buena.

## Objetivos Específicos

### Objetivo 1. Niveles de Calidad de vida: Hogar y Bienestar económico.

**Tabla 5. Niveles de Calidad: Hogar y Bienestar Económico**

| Categorías                        | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------------------------------|------------|------------|
| Mala Calidad de vida              | 27         | 53,03%     |
| Tendencia a baja calidad de vida  | 18         | 36,73%     |
| Tendencia a calidad de vida buena | 3          | 6,12%      |
| Calidad de vida optima            | 2          | 4,08%      |
|                                   | 50         | 100%       |

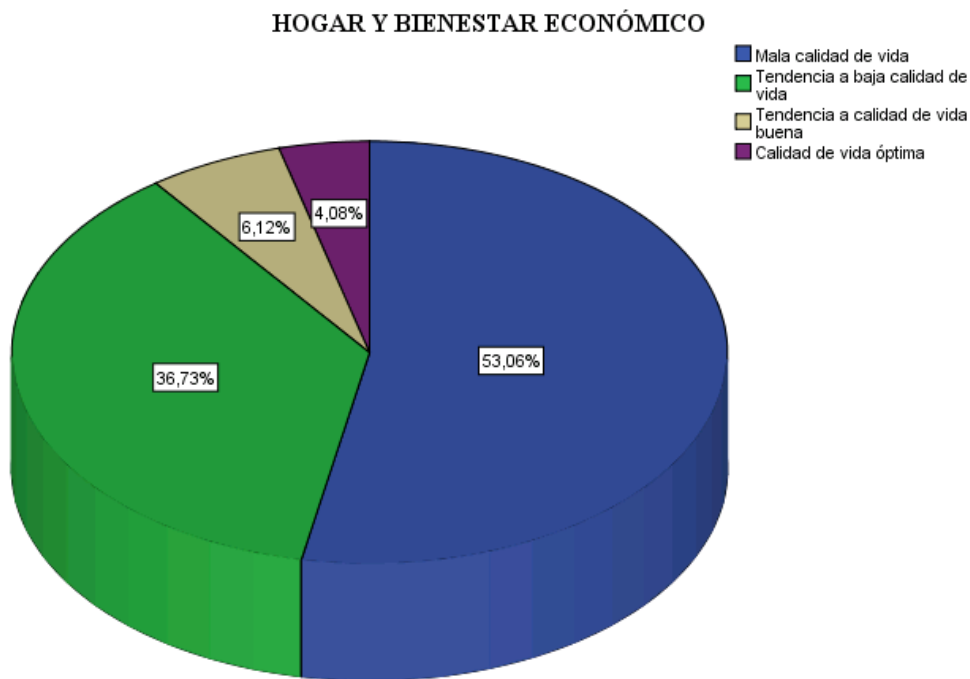


Figura 2. Muestran los resultados de la Calidad de vida en la dimensión hogar y bienestar económico de los pacientes hospitalizados presentan un 53,03% de mala calidad de vida, un 36,73% en una tendencia a baja calidad de vida, un 6.12% a una tendencia de calidad de vida buena y un 4,08% calidad de vida óptima.



## Objetivo 2. Niveles de Calidad de vida: Amigos, vecindario y comunidad.

**Tabla 6. Niveles de Calidad: Amigos, vecindario y comunidad**

| Categorías                        | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------------------------------|------------|------------|
| Mala Calidad de vida              | 22         | 42,86%     |
| Tendencia a baja calidad de vida  | 16         | 32,65%     |
| Tendencia a calidad de vida buena | 9          | 18,37%     |
| Calidad de vida optima            | 3          | 6,12%      |
|                                   | 50         | 100%       |

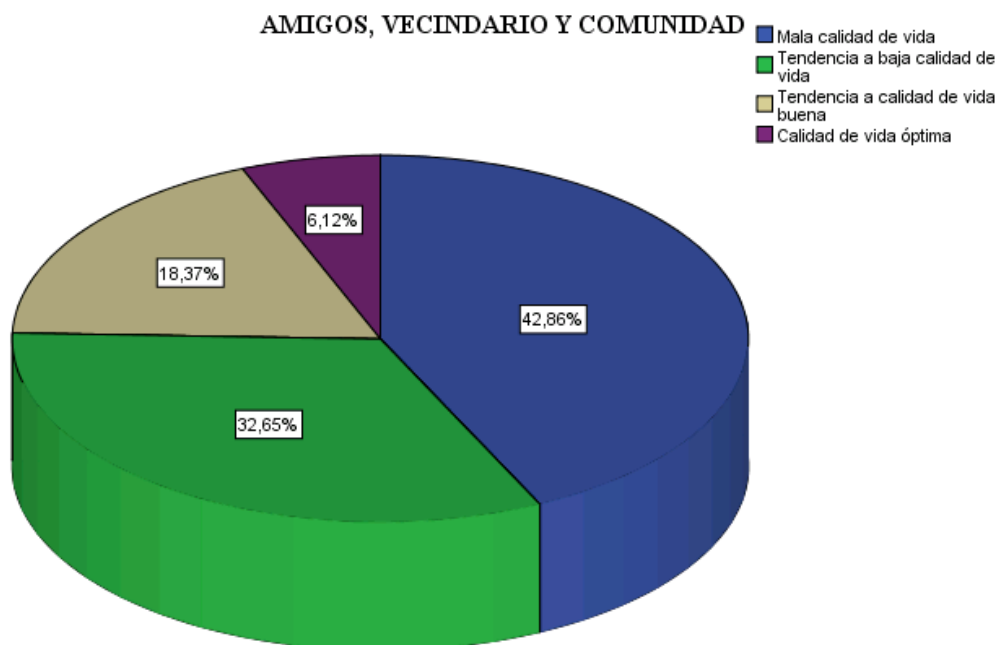


Figura 3. Muestran los resultados de la Calidad de vida en la dimensión amigos, vecindario y comunidad de los pacientes hospitalizados presentan un 42,86% de mala calidad de vida, un 32,65% en una tendencia a baja calidad de vida y un 18,37% a una tendencia de calidad de vida buena y un 6,12% calidad de vida óptima.

### Objetivo 3. Niveles de Calidad de vida: Vida familiar y familia extensa

Tabla 7. Niveles de Calidad: Vida familiar y familia extensa

| Categorías                        | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------------------------------|------------|------------|
| Mala Calidad de vida              | 14         | 28,57%     |
| Tendencia a baja calidad de vida  | 22         | 42,86%     |
| Tendencia a calidad de vida buena | 4          | 8,16%      |
| Calidad de vida optima            | 10         | 20,41%     |
|                                   | 50         | 100%       |

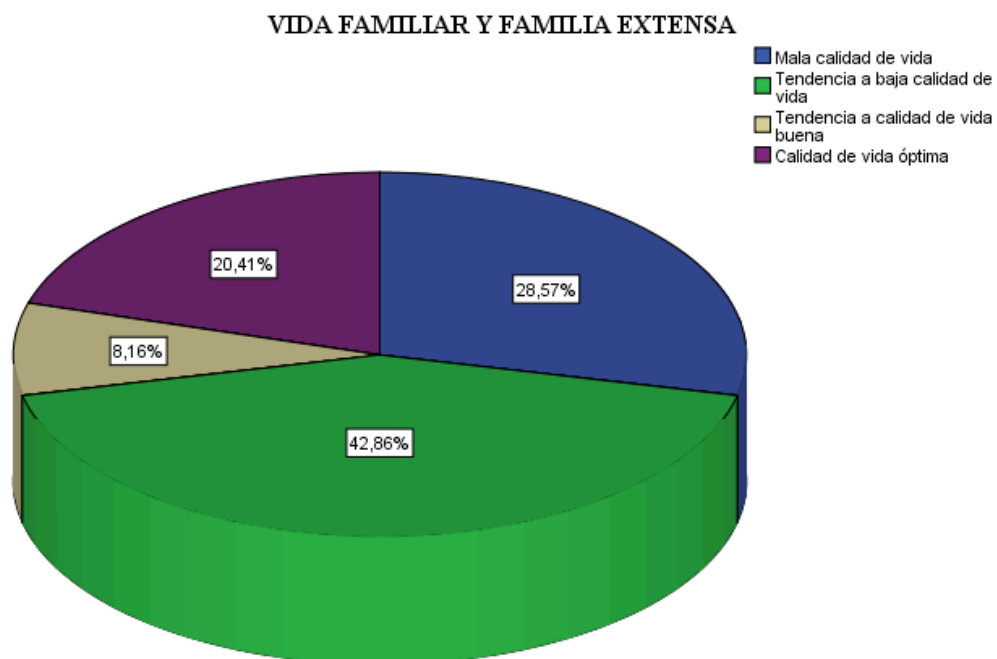


Figura 4. Muestran los resultados de la Calidad de vida en la dimensión vida familiar y familia extensa de los pacientes hospitalizados presentan un 28,57% de mala calidad de vida, un 42,86% en una tendencia a baja calidad de vida y un 8,16% a una tendencia de calidad de vida buena y un 20,41% calidad de vida óptima.

#### Objetivo 4. Niveles de Calidad de vida: Educación y Ocio

**Tabla 8. Niveles de Calidad: Educación y ocio**

| Categorías                        | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------------------------------|------------|------------|
| Mala Calidad de vida              | 9          | 18,37%     |
| Tendencia a baja calidad de vida  | 21         | 40,82%     |
| Tendencia a calidad de vida buena | 17         | 34,69%     |
| Calidad de vida optima            | 3          | 6,12%      |
|                                   | 50         | 100%       |

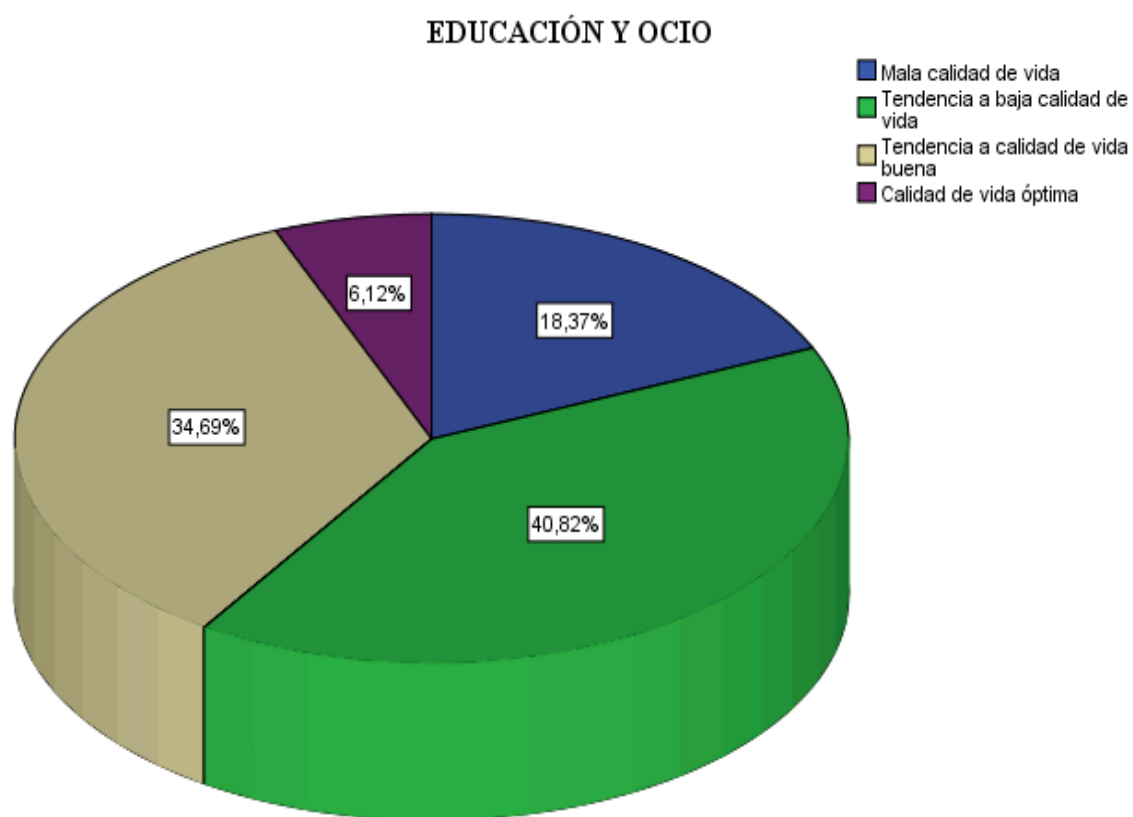


Figura 5. Muestran los resultados de la Calidad de vida en la dimensión educación y ocio de los pacientes hospitalizados presentan un 18,37% de mala calidad de vida, un 40,82% en una tendencia a baja calidad de vida y un 34,69% a una tendencia de calidad de vida buena y un 6,12% calidad de vida óptima.

## Objetivo 5. Niveles de Calidad de vida: Medios de comunicación

**Tabla 9. Niveles de Calidad: Medios de comunicación**

| Categorías                        | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------------------------------|------------|------------|
| Mala Calidad de vida              | 7          | 14,29%     |
| Tendencia a baja calidad de vida  | 16         | 32,65%     |
| Tendencia a calidad de vida buena | 8          | 16,33%     |
| Calidad de vida optima            | 19         | 36,73%     |
|                                   | 50         | 100%       |

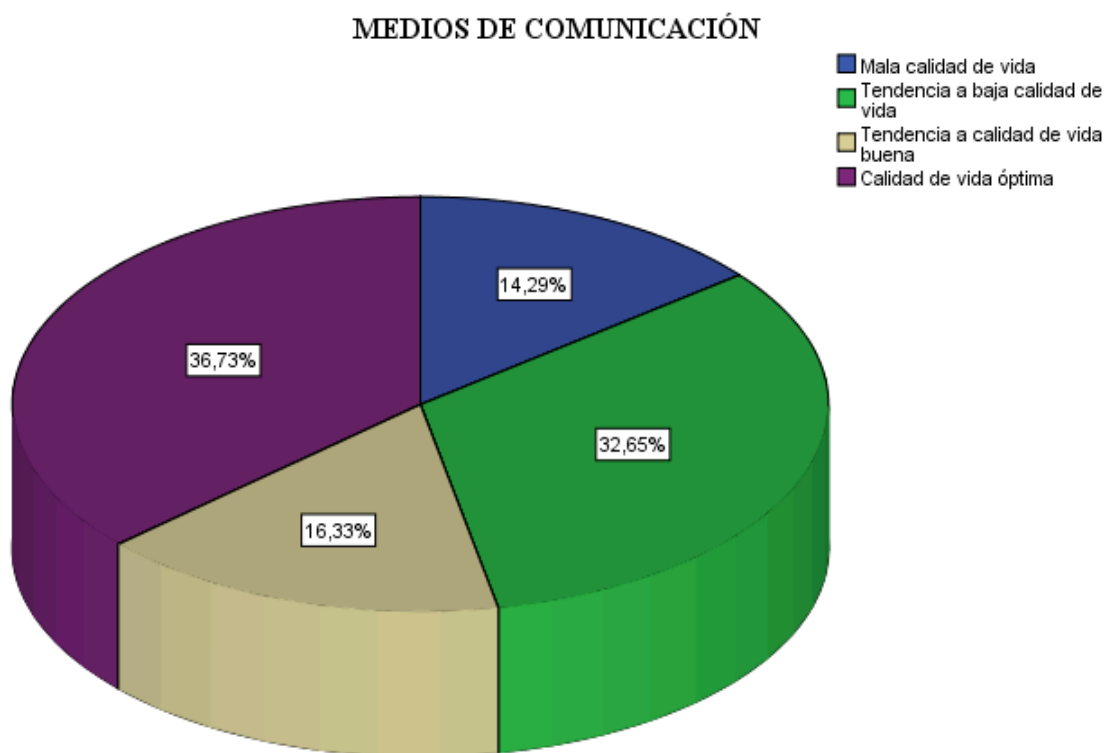


Figura 6. Muestran los resultados de la Calidad de vida en la dimensión medios de comunicación de los pacientes hospitalizados presentan un 14,29% de mala calidad de vida, un 32,65% en una tendencia a baja calidad de vida y un 16,33% a una tendencia de calidad de vida buena y un 36,73% calidad de vida óptima.

## Objetivo 6. Niveles de Calidad de vida: Religión

**Tabla 10. Niveles de Calidad: Religión**

| Categorías                        | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------------------------------|------------|------------|
| Mala Calidad de vida              | 8          | 16,33%     |
| Tendencia a baja calidad de vida  | 24         | 46,94%     |
| Tendencia a calidad de vida buena | 13         | 26,53%     |
| Calidad de vida optima            | 5          | 10,20%     |
|                                   | 50         | 100%       |

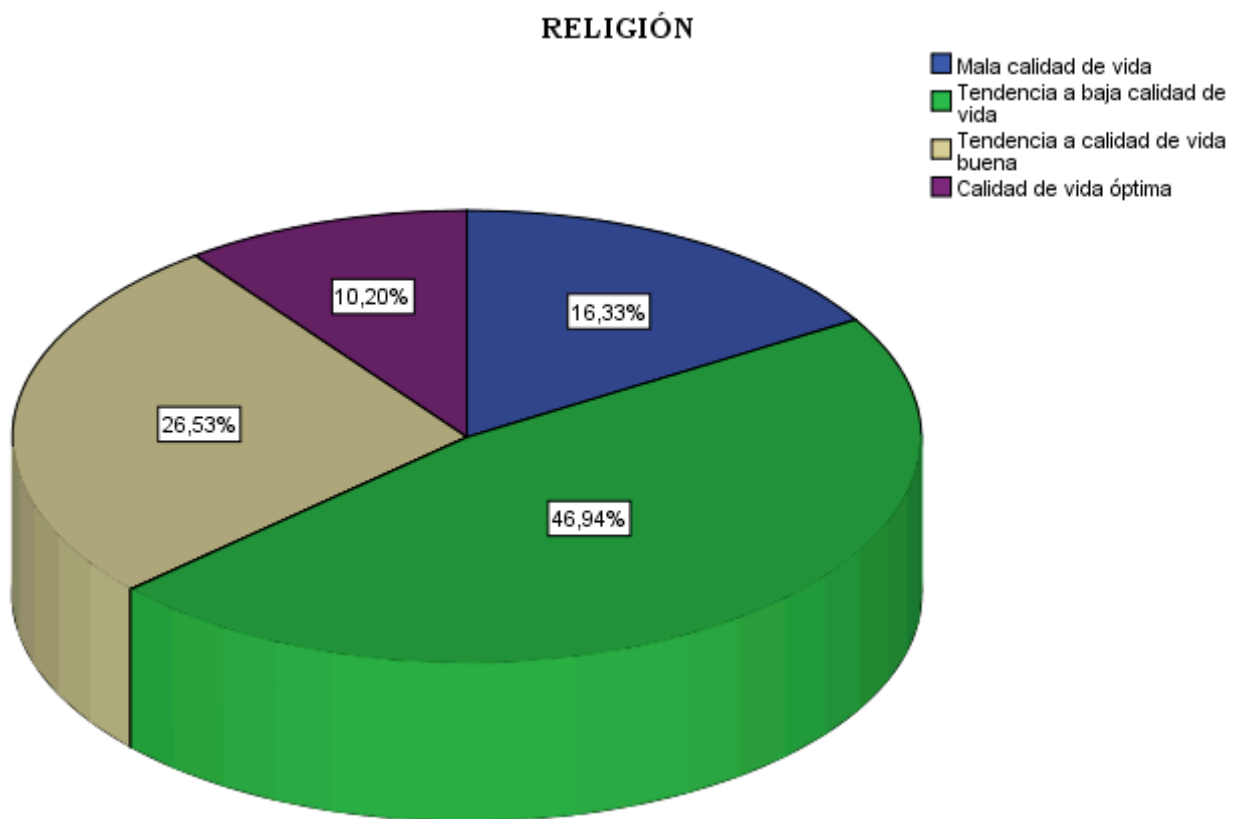


Figura 7. Muestran los resultados de la Calidad de vida en la dimensión religión de los pacientes hospitalizados presentan un 16,33% de mala calidad de vida, un 46,94% en una tendencia a baja calidad de vida y un 26,53% a una tendencia de calidad de vida buena y un 10,20% calidad de vida óptima.

## Objetivo 7. Niveles de Calidad de vida: Salud

**Tabla 11. Niveles de Calidad: Salud**

| Categorías                        | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------------------------------|------------|------------|
| Mala Calidad de vida              | 14         | 28,57%     |
| Tendencia a baja calidad de vida  | 25         | 48,96%     |
| Tendencia a calidad de vida buena | 10         | 20,41%     |
| Calidad de vida optima            | 1          | 2,04%      |
|                                   | 50         | 100%       |

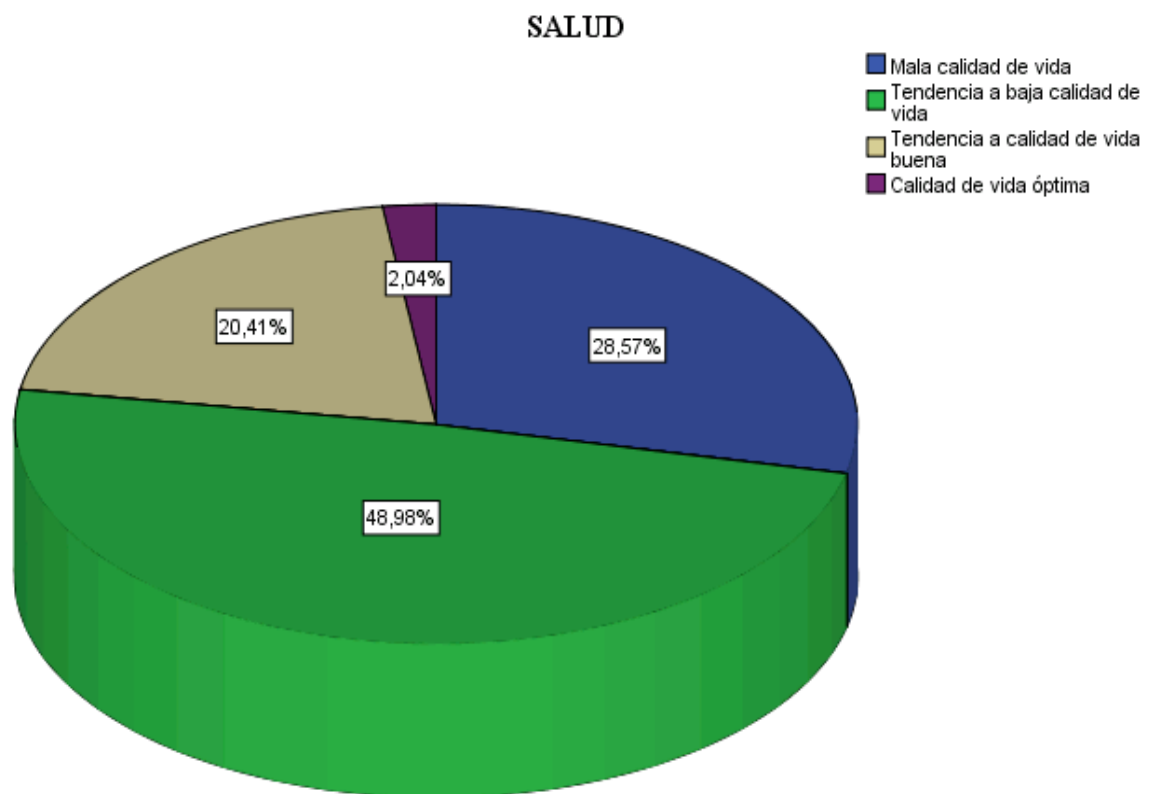


Figura 8. Muestran los resultados de la Calidad de vida en la dimensión salud de los pacientes hospitalizados presentan un 28,57% de mala calidad de vida, un 48,96% en una tendencia a baja calidad de vida y un 20,41% a una tendencia de calidad de vida buena y un 2,04% calidad de vida óptima.

### 4.3 Análisis y discusión de los resultados

Según los resultados obtenidos de la investigación realizada nos indica que el 79.59% de la población evaluada posee una Mala Calidad de Vida. Y en el 6,12% tendencia a Calidad de Vida Buena. Éste resultado puede ser comparado con la investigación realizada por. Aguirre Maribel la cual fue titulada “Calidad de Vida en estudiantes de una universidad particular de Lima”, en el cual obtuvo los siguientes resultados, en el 18,2% de la población se encontró que tenían una mala Calidad de Vida, en el 28,9% de la población se encontró que el 40,1% de la población se encontró que posee una tendencia a buena Calidad de Vida, en el 12,8% de la población se encontró que posee una Óptima Calidad de Vida.

En el área de Hogar y Bienestar Económico. Los resultados obtenidos nos muestran que el 53,06% se encuentran en la categoría de Mala Calidad de Vida. Y en el 4,08% se encuentra en Calidad de Vida óptima. En este factor como ya se ha mencionado anteriormente se encuentra incluida la satisfacción en relación a los medios materiales que posee, la vivienda para vivir plácidamente, la capacidad económica para cubrir los gastos de una alimentación familiar adecuada, la capacidad económica para satisfacer la necesidad de vestido, recreativas, educativas y de salud de la familia, entre otros ítems.

En el área de Amigos Vecindario y Comunidad. Los resultados obtenidos nos muestran que el 42,86%, se encuentran en la categoría de Mala Calidad de Vida. Y en el 6,12% se encuentra en Calidad de Vida Óptima. Lo que significa que la seguridad en el lugar donde vive para trasladarse significa un

peligro, así como los espacios de recreación (parques, campos de juegos, etc.) en la comunidad, las facilidades para las prácticas deportivas (lozas deportivas, gimnasios, etc.), entre otros.

En el área de Vida Familiar y Familia Extensa. Los resultados obtenidos nos muestran que el 42,86% se encuentran en la categoría de tendencia a Baja Calidad de Vida. Y en el 8,16% se encuentra en tendencia a Calidad de Vida Buena.

En el área de Educación y Ocio. Los resultados obtenidos nos muestran que el 40,82% se encuentran en la categoría de tendencia a Baja Calidad de Vida. Y en el 6,12% se encuentra en Calidad de Vida óptima. En este factor podemos encontrar que existe una relación poco afectiva con sus hijos, hijas, dificultades en los compromisos domésticos en la casa, y la capacidad del hogar para brindarle seguridad afectiva, y en la capacidad para satisfacer la necesidad de amor de los miembros de su hogar, también el tiempo que pasa con la familia, etc.

En el área de Medios de Comunicación. Los resultados obtenidos nos muestran que el 36,73% se encuentran en la categoría de Calidad de Vida Óptima. Y en el 14,29% se encuentra en mala Calidad de Vida. Encontramos altos grados de satisfacción en relación al contenido de los programas de televisión nacional de señal abierta y señal cerrada; el contenido de los programas de radio; la cantidad de tiempo que pasa escuchando radio, en Internet y revisando páginas educativas y no educativas.

En el área de Religión. Éste factor comprende la vida religiosa de la familia, la frecuencia de asistencia a misa, la relación que tiene con Dios, el tiempo



que le brinda a Dios. Los resultados obtenidos nos muestran que el 46,94% se encuentra en la categoría de tendencia a baja Calidad de Vida. Y sólo en el 10,20% se encuentran en Calidad de Vida óptima.

El área de Salud está conformada por la salud física y psicológica, la salud física de otros miembros de la familia nuclear. Los resultados obtenidos nos muestran que el 48,98% se encuentran en la categoría de tendencia a baja Calidad de Vida. Y en el 2,04% se encuentra en Calidad de Vida Óptima. Lo que nos indicaría es que existen problemas de índole físico y psicológico en los miembros que conforma la familia.

#### 4.4. Conclusiones

- 1.- El nivel de calidad de vida predominante en el área de Psicología del hospital general Arzobispo Loayza, se considera en la categoría de “Mala Calidad de Vida”.
- 2.- El nivel de Hogar y Bienestar Económico, como factor de la Calidad de Vida en el hospital Arzobispo Loayza en el área de Psicología se encuentra dentro de la categoría Mala Calidad de Vida.
- 3.- El nivel de Amigos, Vecindario y Comunidad como factor de la Calidad de Vida en el Hospital Arzobispo Loayza se encuentra dentro de la categoría Mala Calidad de Vida.
- 4.- El nivel de Vida Familiar y Familia Extensa como factor de la Calidad de Vida en el Hospital Arzobispo Loayza se encuentra dentro de la categoría tendencia a Baja Calidad de Vida.

- 5.- El nivel de Educación y Ocio, como factor de la Calidad de Vida en el hospital Arzobispo Loayza se encuentra dentro de la categoría “tendencia a Baja Calidad de Vida”.
- 6.- El nivel de Medios de Comunicación, como factor de la Calidad de Vida en el hospital Arzobispo Loayza se encuentra dentro de la categoría de “tendencia a Calidad de Vida Óptima”.
- 7.- El nivel de Religión, como factor de la Calidad de Vida en el hospital Arzobispo Loayza se encuentra dentro de la “categoría Baja Calidad de Vida”.
- 8.- El nivel de Salud como factor de la Calidad de Vida en el hospital Arzobispo Loayza se encuentra dentro de la categoría de “tendencia a Baja Calidad de Vida”.

#### 4.5. Recomendaciones

Basándose en los resultados y las conclusiones obtenidos se establecerán las siguientes recomendaciones.

- 1.- Diseñar un programa de intervención dirigido a modificar la Calidad de Vida y los siete factores que la componen, los cuales son: Hogar y Bienestar Económico, Amigos, Vecindario y Comunidad, Vida Familiar y Familia Extensa, Educación y Ocio, Medios de Comunicación, Religión, Salud. Todos ellos con resultados desfavorables.
- 2.- Brindar y promover los conocimientos adquiridos en el programa de intervención, para facilitar la ayuda necesaria y requerida en beneficio de las personas que asisten al área de psicología del hospital Arzobispo Loayza.
- 3.- Implementar en el área de Psicología el programa de intervención gratuito en favor de los pacientes.
- 4.- Implementar la evaluación de la Calidad de Vida en el departamento de Psicología para evaluar a los pacientes que acuden a ésta área y de ser necesario derivarlos al programa de Calidad de Vida.

## **CAPITULO V**

### **PROGRAMA DE INTERVENCIÓN**

#### **PROPUESTA**

##### **5.1 Denominación del programa**

“Programa para mejorar la calidad de vida”.

##### **5.2 Justificación del programa**

Éste programa es importante porque ayudará a las personas de la muestra que no tuvieron una buena calidad de vida a tomar conciencia de cómo tener una mejor calidad de vida.

##### **5.3 Establecimiento de objetivos**

Objetivo general: Mejorar la calidad de vida y el bienestar psicológico de los pacientes.

Objetivo específico: Cómo tener o recuperar una buena calidad de vida

##### **5.4 Sector al que se dirige**

Éste programa está dirigido a los pacientes ambulatorios que asisten al programa de psicología del hospital Arzobispo Loayza, que no tienen una buena calidad de vida, observándose conductas de tipo problemáticas, mucha apatía, depresión, angustia, miedos, etc.

## **5.5 Establecimiento de conductas problemas/meta**

Las conductas problemáticas que se observaron en las personas que no tienen una buena calidad de vida son:

Pacientes que viven preocupadas, angustiadas, que fuman, no practican ningún deporte, no hacen lo que les apasiona, tienen mucha agresividad, apatía, desgano físico, no son felices ni en lo familiar ni en lo económico.

Después de desarrollarse éste programa buscaría conseguir que los pacientes:

Disminuir los niveles de preocupación, mostrándoles cómo pensar en resolver lo que les agobia.

Disminuir los niveles de ansiedad a consecuencia de su mala calidad de vida.

Disminuir la percepción inadecuada de su hogar y bienestar económico.

Mejorar la relación entre los amigos y vecindarios

Favorecer a una mejor integración en la vida familiar y familia extensa

Tener mejor acceso a la información para incrementar su nivel educativo

Favorecer a la percepción de los medios de comunicación

Incrementar su fe y su religiosidad.

Persuadir para una mejor valoración de su salud física y mental

## **5.6 Metodología de la intervención**

Este programa se llevará a cabo teniendo en cuenta una metodología activa y participativa donde los pacientes asistentes no sólo escucharán información instructiva, sino que también cada uno expondrá su problema y su punto de vista, se dialogará en cada sesión, pudiendo de ser necesario en el caso que se requiera en pareja o sólo.

Pasarán a llenar un formulario donde se detallará las sesiones a tener y los pasos que estarán compuestas dichas sesiones que durarán 8 semanas.

El trabajo a realizarse con los pacientes será de una vez por semana, dividiéndose éste trabajo en grupos de 8 contando cada grupo con 5 integrantes, por un periodo total de 8 semanas, teniendo la opción por mayoría elegir el día y el horario.

## **5.7 Instrumentos/material a utilizar**

Los materiales que se requieren para éstas 8 sesiones son:

Carpetas

Hojas bond

Folder

Papelógrafos

Plumones múltiples, colores múltiples, plastilinas en tapers de diferentes colores, lápices.

Televisor, USB.

Bocaditos

Colchonetas

Espejos de cuerpo entero

CDS, de relajación

Colchonetas

Pelotas grandes

Licuada

Frutos secos

Frutas

Utensilios de cocina

Una sesión de lectura donde se leerá el Corán

## **5.8 Cronograma**

**Sesión1:** Presentación, introducción de lo que tratará de motivarlos para una adecuada participación en las restantes 7 sesiones, qué se va a realizar sesión a sesión, cómo se realizarán las sesiones, y el objetivo con lo que se busca al finalizar las 8 sesiones.

**Sesión 2:** Se empezará ésta sesión con el ejercicio del espejo con el objetivo de tener una mejor percepción de sí mismo.

**Sesión 3:** Se comenzará ésta sesión con ejercicios de relajación para disminuir sus niveles de tensión.

**Sesión 4:** Juego de la pelota para que los pacientes futuros se desestresen

**Sesión 5:** En ésta sesión se les dará materiales como plastilinas y a otros colores, plumones y una hoja para que expresen sus emociones mediante éstos medios

**Sesión 6:** Se les dará una clase de comida sana preparada a base de frutas, batidos, frutas secas, pecanas, castañas, nueces, donde se les indicarán las diversas formas de cómo poder alimentarse y valorar mejor los alimentos.

**Sesión 7:** Una sesión donde todos los pacientes leerán la Biblia (porque tenemos que ir acompañados y en el nombre de Dios), e incrementar su fe y religiosidad.

**Sesión 8:** Será la clausura de las sesiones y la despedida, donde se tendrá una pequeña fiesta de despedida y se les otorgará una acreditación de la culminación de éstas 8 sesiones.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Amador & Ramos (2010). Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento con diálisis. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S113913752010000300002&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S113913752010000300002&script=sci_arttext)

Alfonso Urzúa M. (2010). Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. Chile. Recuperado en: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v138n3/art17.pdf>

Borthwick & Duffy (1992) Calidad de vida

Benites Ampudia & José Carlos. (2010). Calidad y condiciones de vida como determinante de salud y la enfermedad. Una propuesta para la antropología médica. *Gazeta de Antropología*;Nº 26 /2, 2010, Artículo 47. Recuperado en:

<http://hdl.handle.net/10481/6783>

Cardona A., Doris; Agudelo G., & Héctor Byron. (enero-junio, 2005). Construcción cultural del concepto calidad de vida *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, vol. 23, núm. 1, pp. 79-90 Universidad de Antioquia .png, Colombia Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12023108> Cassaretto, M. y Paredes, R. (2006). *Afrontamiento a la Enfermedad Crónica: Estudio en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal*. Perú.

Disponible en: <http://blog.pucp.edu.pe/item/9342/afrontamiento-en-pacientes-coninsuficiencia-renal-cronica>

Céspedes Melissa & Pita Christy del Carmen. (2012). Modo de Adaptación de Autoconcepto en el hogar del Adulto Joven que padece Insuficiencia Renal Crónica. Chiclayo-Perú. Disponible en: [http://tesis.usat.edu.pe/jspui/bitstream/123456789/134/1/TL\\_Cespedes\\_Prada\\_Mehinny.pdf](http://tesis.usat.edu.pe/jspui/bitstream/123456789/134/1/TL_Cespedes_Prada_Mehinny.pdf)

Contreras Françoise & Esguerra Gustavo. (2007). Estilos de Afrontamiento y Calidad de Vida en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento de hemodiálisis. Colombia, Disponible en: [http://portalweb.ucatolica.edu.co/easyWeb2/acta/pdfs/v10n2/art-15\\_169-179.pdf](http://portalweb.ucatolica.edu.co/easyWeb2/acta/pdfs/v10n2/art-15_169-179.pdf)

Campbell (1981) "Calidad de vida"

Camfield & Skenvington (2008) "Calidad de vida"

Cecilia & Tulskey (1990) "Calidad de vida"

Casaretto & Paredes (2006) Perú. "Afrontamiento de la enfermedad crónica Cooperativa. Abril, (2016). Chile es uno de los países OCDE con peor calidad de vida. Cooperativa.cl. Recuperado en: <http://www.cooperativa.cl/noticias/pais/poblacion/chile-es-uno-de-los-paises-ocde-con-peor-calidad-de-vida/2016-04-04/211409.html>

Canton & Sánchez (1997) "Deporte y calidad de vida, motivos y actitudes en una muestra de jóvenes Valencianos".

Céspedes & Del Carmen (2012) "Modo de adaptación de autoconcepto en el hogar del adulto joven que padece insuficiencia renal crónica"

Cunha & Teles Zatta et.al (2011) España. "Evaluación de la calidad de vida de pacientes de insuficiencia renal crónica en diálisis renal".

Clarín. (Julio, 1999) La calidad de vida en la Argentina. Diario Clarín. Recuperado en [https://www.clarin.com/opinion/calidad-vida-argentina\\_0\\_HJf1X6gAte.html](https://www.clarin.com/opinion/calidad-vida-argentina_0_HJf1X6gAte.html)

Díaz, Palacios, Moringa & Mayorga (2000) "Calidad de vida y perfiles emocionales en estudiantes universitarios de Lima"

Díaz Ledesma Carmen Rosa. (2012). Percepción del paciente Oncológico sobre calidad de vida y apoyo social en el Hospital Santa Rosa. Biblioteca Nacional mayor de San Marcos de la facultad de Medicina. Clasificación: EE,WY ,108, D67. Pgs 119.

Díaz (2012) "Percepción del paciente oncológico sobre calidad de vida y apoyo social en el hospital Santa Rosa"

Domínguez (2015) "Calidad de vida"

Esquivel & Prieto (2009) "Calidad de vida y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en hemodiálisis"

Edgeston (1990) "Calidad de vida"

Esquivel Carlos& Prieto José. (2009). Calidad de vida y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en hemodiálisis. México, Disponible en: <http://www.revistasmedicasmexicanas.com.mx/download/med%20interna/noviembre-diciembre2009/MI%206-6%20CALIDAD.pdf>

EMV.(mayo, 2017).Estudian los factores que más influyen en la calidad de vida de las personas con demencia. Levántate, El Mercantil Valenciano. Valencia. Recuperado de: <http://www.levante-emv.com/vida-y-estilo/salud/2017/05/11/estudian-factores-influyen-calidad-vida/1565413.html>

El Comercio. (Enero, 2016)El 46,7% de limeños cree que su calidad de vida ha empeorado. Diario el Comercio. Recuperado en:<http://elcomercio.pe/lima/46-7-limenos-cree-calidad-vida-empeorado-262553>

El Tiempo (octubre, 2014). 14 de cada 100 colombianos viven en tugurios. Diario el Tiempo. Recuperado en: <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-14769344>

Francois & Esquerra (2007) “Estilos de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis”

Felce & Perry (1995) “Calidad de vida”

Franco Cunha& Zatta Teles. (2011). Evaluación de la calidad de vida de pacientes de insuficiencia renal crónica en diálisis renal. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v10n23/administracion2.pdf>

Grimaldo Muchotrigo (2011) “Calidad de vida”

Guillén (1997) “Calidad de vida”

Grimaldo M. (2011). CALIDAD DE VIDA EN PROFESIONALES DE LA SALUD EN LA CIUDAD DE LIMA Universidad de San Martín de Porres, Perú. . Recuperado en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/liber/v17n2/a07v17n2>

Godoy, D. (Marzo, 2017). Quito, en 10º lugar en Sudamérica por tener mejor calidad de vida. El Universo. Recuperado de: <http://www.eluniverso.com/noticias/2017/03/15/nota/6090013/quito-10o-lugar-sudamerica-tener-mejor-calidad-vida>

Hollanflsworth (1998) “Calidad de vida”

Héctor Hernández Méndez & Alejandra Rodríguez Hidalgo (2 Abril-Junio 2015)

Paciente en odontólogo con mucormicosis rinocerebral: reporte de un caso. Vol. 19, Núm. pp 121-126. Recuperado de: [www.mediagraphic.org.mx](http://www.mediagraphic.org.mx)

Iraurgi et. al. (1999) "Calidad de vida relacionada con la salud en usuarios de un programa de metadona"

Jenkins (1992) "Calidad de vida"

Jiménez Gonzales (2014) "Calidad de vida"

Juan Antonio Fernández-López, María Fernández-Fidalgo, & Alarcos Cieza. (2010). Los conceptos de calidad de vida, salud y bienestar analizados desde la perspectiva de la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF). Rev. Esp. Salud Publica vol.84 no.2 Madrid. Recuperado en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272010000200005](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272010000200005)

Kaplan (1994) "Calidad de vida"

Kerlinger (1997) "Tipo y diseño de investigación no experimental"

Levy & Anderson (1980) "Calidad de vida" La Nación (Julio, 2014). La Argentina, bien en calidad de vida, pero no en equidad. Diario La Nación. Recuperado en <http://www.lanacion.com.ar/1712833-la-argentina-bien-en-calidad-de-vida-pero-no-en-equidad>

Lares. V. (mayo-2016). Condiciones de vida de venezolanos han caído dramáticamente, según ONG. El Tiempo. Recuperado en: <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-16602155>

Leonardo Strejilevich (2016). Calidad de vida de los adultos mayores. Ministerio del Desarrollo Social. Recuperado en: <http://www.mides.gub.uy/innovanet/macros/TextContentWithMenu.jsp?contentid=9625&site=1&channel=innova.net>

Malheiro & Arruda (2012) "Percepciones de las personas con insuficiencia renal crónica sobre la calidad de vida"

Mirian Pilar Grimaldo Muchotrigo. (2010). Calidad de vida y estilo de vida saludable en un grupo de estudiantes de posgrado de la ciudad de Lima. Instituto de Investigación - Escuela de Psicología Universidad de San Martín de Porres, Lima (Perú). Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3339310>OMS (2010). Documento estadístico consultado. Disponible en: [www.ops.org.bo/servicios](http://www.ops.org.bo/servicios)

Nava. G. (2012). La calidad de vida: Análisis multidimensional. Maestría en Enfermería en Educación, Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. Delegación Tlalpan, México, D.F. Vol. 11, No. 3: 129-137, . Recuperado en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene123c.pdf> Nunally y Berstein en (1995). Validez de las escalas de calidad de vida Observador. (marzo 2017). Montevideo es la ciudad con la mejor calidad de vida de América Latina. Diario El Observador.

Recuperado en: <http://www.elobservador.com.uy/montevideo-es-la-ciudad-la-mejor-calidad-vida-america-latina-n1043985>

OMS (1996) Que calidad de Vida. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health

Orley J. & Saxena. S. (1996). La gente y la salud ¿Qué calidad de vida? Grupo de la OMS sobre la calidad de vida. Foro Mundial de la Sa /Ud. • Volumen 17 Recuperado de: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/55264/1/WHF\\_1996\\_17\\_n4\\_p385-387\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/55264/1/WHF_1996_17_n4_p385-387_spa.pdf)

OMS. (2017). Cuidados Paliativos. Recuperado en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs402/es/>

OPS. (2016). El diagnóstico oportuno puede mejorar la calidad de vida de una persona que cursa una enfermedad no transmisible. Organización Panamericana de la Salud. Recuperado en: [http://www.paho.org/par/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1563:el-diagnostico-oportuno-puede-mejorar-la-calidad-de-vida-de-una-persona-que-cursa-una-enfermedad-no-transmisible&Itemid=255](http://www.paho.org/par/index.php?option=com_content&view=article&id=1563:el-diagnostico-oportuno-puede-mejorar-la-calidad-de-vida-de-una-persona-que-cursa-una-enfermedad-no-transmisible&Itemid=255)

O" Boyle (1994) "Calidad de vida"

Ponce & Santivañez (1999) "Calidad de vida y comunicación familiar en madres adolescentes"

Portilla (2011) "Diferencias existentes en la calidad de vida y el autoconcepto en pacientes con diabetes Mellitus con o sin adherencia al tratamiento"

Ramírez (2000) “Significado de la calidad de vida de los pacientes con VIH/Sida que se presentaron en el servicio ambulatorio”

Rodríguez (1995) “Calidad de vida”

Rubén Ardila. (2010). La Revista Latinoamericana de Psicología en sus 40 años de historia: 1969-2009. Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (UNR-CONICET). Recuperado de: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/view/1015/10883>

Rodríguez Feijó, N. (2007) Factores que influyen sobre la calidad de vida de los ancianos que viven en geriátricos. Psicología y Psicopedagogía. Publicación virtual de la Facultad de Psicología y Psicopedagogía de la USAL Año VI N°17. Recuperado en: [http://www.usal.edu.ar/archivos/psico/otros/factores\\_que\\_influyen\\_sobre\\_la\\_calidad\\_de\\_vida.pdf](http://www.usal.edu.ar/archivos/psico/otros/factores_que_influyen_sobre_la_calidad_de_vida.pdf)

Radio Programas del Perú. (2012). Lima es la ciudad que mejor calidad de vida ofrece a los peruanos. Radio Programas del Perú. Lima- Perú. Recuperado en: <http://rpp.pe/economia/economia/lima-es-la-ciudad-que-mejor-calidad-de-vida-ofrece-a-los-peruanos-noticia-531286>

101

Salas & Garzón (2013). La noción de calidad de vida y su Medición. CES Salud Pública. 2013; 4: 36-46. Recuperado en: [file:///C:/Users/SHEYLA%20VANESSA/Downloads/2751-12534-1-PB%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/SHEYLA%20VANESSA/Downloads/2751-12534-1-PB%20(2).pdf)

Schwartz (1998) “Estudio de la validación de índice de calidad de vida



Sheen & Lai (1998) “la Calidad de vida global tendría más significado si se considera como compuesta por los sentimientos de satisfacción frente a diversos aspectos de la vida”

Skevington, O Conell & WHOQOL Group (2004) “procesos cognitivos subyacentes a la evaluación de la Calidad de vida”

Schallock (1996) “Calidad de vida”

Savater (2000) “Calidad de vida”

Spilker (1990) “Calidad de vida”

Triviño V., Zaider G.; Sanhueza A. y Olivia. (2005). Teorías y modelos relacionados con calidad de vida en cáncer y enfermería. Aquichan, vol. 5, núm. 1, octubre, 2005, pp. 20-31. Universidad de La Sabana. Cundinamarca, Colombia. Recuperado de:<http://www.redalyc.org/pdf/741/74150103.pdf>

Tayler (1994) “Calidad de vida”

Urzúa & Caqueo. (2012). Calidad de vida una revisión histórica del concepto Chile. Recuperado en:

*file:///C:/Users/SHEYLA%20VANESSA/Downloads/CALIDAD-DE-VIDA-UNA-REVICI%C3%93N-TE%C3%93RICA.pdf*

Verdugo, Schallock, Keith & Stancliffe (2005) “Calidad de vida”

Vinaccia & Orozco (2005) “Calidad de vida

## ANEXO 1

### MATRIZ DE CONSISTENCIA

#### CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES CRONICAS EN EL SERVICIO DE MEDICINA DEL “HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA”

| DEFINICIÓN DEL PROBLEMA   | OBJETIVOS   | METODOLOGÍA  |
|---|---|--|
| <b>Problema general</b>   | <b>Objetivo general</b>   | <p>Población:</p> <p>50 pacientes de 14 a 50 años de ambos sexos</p> <p>Muestra:</p> <p>El tipo de muestreo censal</p> <p>Delimitación Temporal:</p> |
| ¿Cuál es el nivel de la calidad de vida en pacientes atendidos en el área de psicología del “Hospital Nacional Arzobispo Loayza”? | Determinar el nivel de calidad de vida en pacientes atendidos en el área de psicología del “Hospital Nacional Arzobispo Loayza” |  |
| <b>Problemas específicos</b>  | <b>Objetivos específicos</b>  |  |
| ¿Cuál es el nivel de satisfacción con el hogar y bienestar económico en pacientes   | Determinar el nivel de satisfacción con el hogar y bienestar económico  |  |

|   |  |   |
|---|--|---|
| <p>atendidos en el área de psicología del “Hospital Nacional Arzobispo Loayza”?</p> <p>¿Cuál es el nivel de satisfacción con los amigos, vecindario y comunidad en pacientes atendidos en el área de psicología del “Hospital Nacional Arzobispo Loayza”?</p> <p>¿Cuál es el nivel de satisfacción con la vida familiar y familia extensa en pacientes atendidos en el área de psicología del “Hospital Nacional Arzobispo Loayza”?</p> <p>¿Cuál es el nivel de satisfacción con la educación y ocio en pacientes atendidos en el</p> | <p>en pacientes atendidos en el área de psicología del “Hospital Nacional Arzobispo Loayza”.</p> <p>Determinar el nivel de la satisfacción con los amigos, vecindario y comunidad en pacientes atendidos en el área de psicología del “Hospital Nacional Arzobispo Loayza”.</p> <p>Determinar el nivel de satisfacción con la vida familiar y familia extensa en pacientes atendidos en el área de psicología del “Hospital Nacional Arzobispo Loayza”</p> | <p>De Julio a Octubre</p> <p>Tipo de Investigación:</p> <p>Descriptiva</p> <p>Diseño:</p> <p>No experimental</p> <p>Variable:</p> <p>Calidad de vida</p> <p>Instrumento:</p> <p>Escala de Calidad de Vida de Olson y Barnes (Adaptación peruana).</p> |
|---|--|---|

|   |   |  |
|---|---|--|
| <p>área de psicología del “Hospital Nacional Arzobispo Loayza”?</p> <p>¿Cuál es el nivel de satisfacción con los medios de comunicación en pacientes atendidos en el área de psicología del “Hospital Nacional Arzobispo Loayza”?</p> <p>¿Cuál es el nivel de satisfacción con la religión en pacientes atendidos en el área de psicología del “Hospital Nacional Arzobispo Loayza”?</p> <p>¿Cuál es el nivel de satisfacción con la salud en pacientes atendidos en el área de</p> | <p>Determinar el nivel de satisfacción con la educación y ocio en pacientes atendidos en el área de psicología del “Hospital Nacional Arzobispo Loayza”.</p> <p>Determinar el nivel de satisfacción con los medios de comunicación en pacientes atendidos en el área de psicología del “Hospital Nacional Arzobispo Loayza”.</p> <p>Determinar el nivel de satisfacción con la religión en pacientes atendidos en el área de psicología del “Hospital Nacional Arzobispo Loayza”.</p> |  |
|---|---|--|

|  |  |  |
|--|--|--|
| psicología del “Hospital Nacional Arzobispo Loayza”? | Determinar el nivel de satisfacción con la salud en pacientes atendidos en el área de psicología del “Hospital Nacional Arzobispo Loayza”. |  |
|--|--|--|